

TABLE OF CONTENTS**PAGE**

Welcome to [T/RBHA insert T/RBHA name here].....	2
Statement about Terms.....	3
How can I get services in an emergency or crisis?	4
What kinds of resources are available?	5
How can I get written information in my language and oral interpreter services?.....	8
How does [T/RBHA insert T/RBHA name here] ensure that my values and beliefs are being considered when services are offered to me and while I am receiving services? ...	9
What is Managed Care?.....	11
How do I contact [T/RBHA insert T/RBHA name here] Member Services?	12
What happens after I am assigned to or enrolled with [T/RBHA insert T/RBHA name here]?.....	13
What is a Provider Network?	15
How do I choose a provider?	16
Do I have to pay for behavioral health services I get?	17
What if I have health insurance?	20
Medicare coverage.....	20
The Limited Income Subsidy (LIS) program	21
What behavioral health services can I get?	22
Can I get a ride to my appointment?.....	28
What is an approval of services and what are my notification rights?	29
What is a referral to another provider?	32
Who is eligible to receive behavioral health services?	33
What services can I get if I am not eligible for AHCCCS?.....	34
What happens if I move?.....	36
What is a consent to treatment?	37
Is my behavioral health information private?	38
What are my rights and responsibilities while getting behavioral health services?	40
What is a designated representative?	42
What can I do if I have a complaint about my care?	43
What is an appeal and how do I file an appeal?	44
Appeals for Title XIX/XXI AHCCCS eligible persons.....	45
Appeals for persons determined to have a Serious Mental Illness	48
Appeals for persons who are not determined to have Serious Mental Illness and Non-Title XIX/XXI eligible.....	50
What is a Grievance/Request for Investigation for persons determined to have a Serious Mental Illness and how can I file one?	52
What is fraud and abuse?	54
What is an Advance Directive?.....	55
What is Arizona's Vision for the delivery of behavioral health services?	57
The Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems are:	57
Terms.....	59

Welcome to [T/RBHA insert T/RBHA name here]

[T/RBHA insert applicable information about organization, member handbook, website, etc.]

If you would like more information about the information in this Member Handbook, please call **[T/RBHA insert T/RBHA name) Member Services at [T/RBHA insert toll free Member Services phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

Statement about Terms

The Member Handbook has some words that are not always easy to understand. The “Terms” section defines some of these words. You may want to refer to the “Terms” section while reading the Member Handbook to help you better understand each section.

How can I get services in an emergency or crisis?

For life threatening situations always call **911**.

For non-life threatening behavioral health situations, call **[T/RBHA insert specific information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Transportation for a behavioral health emergency may be available by contacting **[T/RBHA specific information, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

You may need behavioral health services while you are away from home and out of **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** service area. This is called “out of area care.” Out of area care only includes emergency behavioral health services unless **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** approves other services. You have a right to use any hospital or other setting for emergency care. If you want to get non-emergency behavioral health services out of **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** service area, please call **[T/RBHA insert appropriate phone number and contact information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

If you need out of area care:

- Go to a hospital or crisis center and ask for help;
- Ask the hospital or crisis center to call **[T/RBHA insert T/RBHA name and toll free telephone number here]**;
- The hospital or crisis center will contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** for approval to continue behavioral health services.

If you experience an emergency medical condition, emergency services are available to you. Emergency services do not require approval.

What kinds of resources are available?

There are local and national organizations that provide resources for persons with behavioral health needs, family members, and caretakers of persons with behavioral health needs. Some of these are:

- NAMI Arizona (National Alliance on Mental Illness)
Phone: [T/RBHA, insert phone number(s) for your GSA(s)/community]
Web site: <http://www.namiaz.org>

NAMI Arizona has a HelpLine for information on mental illness, referrals to treatment and community services, and information on local consumer and family self-help groups throughout Arizona. NAMI Arizona provides emotional support, education, and advocacy to people of all ages who are affected by mental illness.

- Mental Health America of Arizona (MHAAZ)
Phone: 480-994-4407
Web site: <http://www.mhaarizona.org>

The Mental Health America of Arizona (MHAAZ) promotes good mental health and works on behalf of all people living with mental illness by advocating, educating and shaping public policy. Programs include peer support groups, information and referral, community education and outreach, suicide prevention, and more. MHAAZ is the statewide affiliate of the National Mental Health America.

- Arizona Center for Disability Law – Mental Health
Phone: 602-274-6287 (Phoenix/voice or TTY); 1-800-927-2260 (statewide except Phoenix)
Web site: <http://www.acdl.com/mentalhealth.html>

The Arizona Center for Disability Law is a federally designated Protection and Advocacy System for the State of Arizona. Protection and Advocacy Systems throughout the United States assure that the human and civil rights of persons with disabilities are protected. Protection and Advocacy Systems can pursue legal and administrative remedies on behalf of persons with disabilities to ensure the enforcement of their constitutional and statutory rights.

- Mentally Ill Kids In Distress (MIKID)
Phone: 602-253-1240; 520-882-0142 (Tucson); 928-726-2191 (Yuma);
928-245-4955 (Navajo and Apache counties); 1-800-356-4543 (Toll Free)
Web site: <http://www.mikid.org/>

MIKID provides support and help to families in Arizona with behaviorally challenged children, youth, and young adults. MIKID offers information on children's issues, internet access for parents, referrals to resources, support groups, educational speakers, holiday and birthday support for children in out of home placement, and parent-to-parent volunteer mentors.

- Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Avenue, 2nd Floor
Phoenix, AZ 85007
Phone: 602-364-4558
Hearing impaired individuals may call the Arizona Relay Service at 711 or 1-800-367-8939 for help contacting the Division of Behavioral Health Services.
Web site: <http://www.azdhs.gov/bhs/>

The Department of Health Services, Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) is the state agency that oversees the use of federal and state funds to provide behavioral health services. Some offices within DBHS may be of additional help to you:

DBHS Member Services: 602-364-4558 or 1-800-421-2124

Office of Human Rights:

Maricopa, Pinal, or Gila County: 602-364-4585 or 1-800-421-2124.
Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham, Greenlee County, Yuma or La Paz County: 520-770-3100 or 1-877-524-6882
Mohave, Coconino, Yavapai, Navajo or Apache County: 1-928-214-8231 or 1-877-744-2250

Human Rights Committee Coordinator: 602-364-4577 or 1-800-421-2124

- Office of Behavioral Health Licensure (OBHL)
150 N. 18th Avenue, #410
Phoenix, AZ 85007
Phone: 602-364-2595
Web site: <http://www.azdhs.gov/als/behavior/index.htm>

The Division of Licensing Services, Office of Behavioral Health Licensure licenses and monitors behavioral health facilities statewide. They investigate complaints against behavioral health facilities and conduct inspections of facilities.

- Adult Protective Services (APS)
Department of Economic Security
Aging and Adult Administration

1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A
Phoenix, AZ 85007
Phone: 602-542-4446
Web site: <https://www.azdes.gov/aaa/programs/aps/>

People can report abuse, neglect, and misuse of Arizona's vulnerable or incapacitated adults, 24 hours a day, 7 days a week at the state's hotline, 1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385); 1-877-815-8390 (TDD).

- Child Protective Services (CPS)
P.O. Box 44240
Phoenix, AZ 85064-4240
Hotline: 1-888-SOS-CHILD (1-888-767-2445)
Web site: https://www.azdes.gov/child_protective_services/

The Child Protective Services program receives, screens, and investigates allegations of child abuse and neglect, performs assessments of child safety, assesses the imminent risk of harm to the children, and evaluates conditions that support or refute the alleged abuse or neglect and need for emergency intervention.

- The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)
801 E. Jefferson, MD 3400
Phoenix, AZ 85034
Phone: (602) 417-7000
Web site: <https://www.MyAHCCCS.com>

The Arizona Health Care Cost Containment System (written as AHCCCS and pronounced 'access') is Arizona's Medicaid program. AHCCCS oversees contracted health plans in the delivery of health care to individuals and families who qualify for Medicaid and other medical assistance programs. AHCCCS also contracts with the Division of Behavioral Health Services for behavioral health service coverage.

- **[T/RBHAs insert any additional local resources. Include name, phone numbers, website, and a brief description of the agency.]**

If you would like to know more about the resources that are available in your community, you can contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** at **[T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

How can I get written information in my language and oral interpreter services?

You may ask for help from [T/RBHA insert T/RBHA name here] to make sure:

- Written information is either available in your language or can be translated in your language so you can understand it;
- You can find providers who speak your language; and
- If you are eligible for benefits under the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) and/or you are a person determined to have a Serious Mental Illness (SMI), oral interpreter services are available at no cost to you.

Contact [T/RBHA specific information here. T/RBHA insert phone numbers, including a toll free number, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] to ask for any of these options.

What are my rights concerning Sign Language Interpreters and Auxiliary Aids if I am deaf or hard of hearing?

If you are deaf or hard of hearing, you may ask that your provider provide auxiliary aids or schedule a Sign Language Interpreter to meet your needs. Your provider has to provide these services, but your request must be made in a timely manner so that your provider can make arrangements for you.

Auxiliary aids include computer-aided transcriptions, written materials, assistive listening devices or systems, closed and open captioning, and other effective methods of making aurally delivered materials available to individuals with hearing loss.

Sign Language Interpreters are skilled professionals certified to provide interpretation, usually in American Sign Language, to the deaf. To find a listing of sign language interpreters and for the laws regarding the profession of interpreters in the State of Arizona, please visit the Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing at www.acdhh.org or call (602) 542-3323 (V/VP); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY).

What are my rights concerning printed information if I am visually impaired?

If you have a visual impairment, you may ask that your provider make available to you this member handbook or other materials, such as notices and consent forms, in large print. Your provider has to provide these services, but your request must be made in a timely manner so that your provider can modify the materials for you.

How does [T/RBHA insert T/RBHA name here] ensure that my values and beliefs are being considered when services are offered to me and while I am receiving services?

Your traditions, your heritage, religious/spiritual beliefs, language and other aspects of life that you and your family value most define who you are and are part of your “culture”. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** encourages its providers to understand the culture of each behavioral health recipient to better understand, communicate and treat the people **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** serves. Your provider will ask you to share cultural information with them so they can help you determine the best treatment plan for you or your family member. It is important that you help your provider understand what is important to you and your family, as this will help tailor services for your specific needs.

Be sure to discuss with your provider what you and your family believe is most important when determining your treatment and discussing your goals. If your provider understands what your goals are, your provider can better help you to reach those goals.

[T/RBHA insert T/RBHA name here] works with its providers to better understand various cultures and to provide services in a culturally competent manner. You can view the **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Cultural Competency Plan online at **[T/RBHA insert direct link to Plan here]**.

What is Managed Care?

In Arizona, public behavioral health services are provided through a Managed Care model. This means that persons getting behavioral health services choose a provider from within a network. The Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs) and Tribal Regional Behavioral Health Authorities (TRBHAs) have to make sure that behavioral health services are available to their members. Members are persons enrolled with [T/RBHA insert T/RBHA name here].

In addition to making sure that services are available, [T/RBHA insert T/RBHA name here] must oversee the quality of care given to members and manage the cost.

To find out more about Arizona's public behavioral health service delivery system you can visit the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services Web site at <http://www.azdhs.gov/bhs/>.

How do I contact [T/RBHA insert T/RBHA name here] Member Services?

Member Services is available to help answer your questions. Member Services can help you:

- Learn how to become a member and get behavioral health services;
- Learn about the services you can get;
- Find a provider, including providers that provide services after normal business hours;
- Get answers to your questions; and
- Make a complaint or give positive feedback about services.

Member Services at **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** are available 24 hours a day, 7 days a week.

To contact Member Services at **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** please call: **[T/RBHA insert phone numbers, including a toll free number, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

[T/RBHA insert T/RBHA name here] offices are located at: **[T/RBHA insert addresses].**

What happens after I am assigned to or enrolled with [T/RBHA insert T/RBHA name here]?

Individuals eligible for behavioral health services through AHCCCS are assigned to a Tribal or Regional Behavioral Health Authority based on where they live. American Indians, however, who are assigned to a TRBHA, have the option to choose to receive their services from a RBHA or TRBHA. You have been assigned to **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** because you live within **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** service area. You will continue to receive services from **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**, unless you move to another area of the state where **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** does not provide services. Individuals who are not AHCCCS eligible will be enrolled with a T/RBHA for behavioral health services. Enrollment with a T/RBHA is also based on where a person lives.

[T/RBHA please describe what a member can expect after the initial appointment, including the information below regarding Clinical Teams. Describe how services will be determined. Will the member be assigned to a provider for ongoing services?]

After you are assigned to **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**, you will develop a “team” to help you with identifying your behavioral health needs and obtaining behavioral health services. These teams are referred to as Clinical Teams, or more specifically, Child and Family Teams or Adult Clinical Teams.

What is a Child and Family Team?

The Child and Family Team (CFT) is a defined group of people that includes, at a minimum, the child and his/her family, a behavioral health representative, and any individuals important in the child’s life and who are identified and invited to participate by the child and family. This may include, for example, teachers, extended family members, friends, family support partners, healthcare providers, coaches, community resource providers, representatives from churches, synagogues or mosques, agent from other service systems like Child Protective Services (CPS) or Division of Developmental Disabilities (DDD), etc. The size, scope and intensity of involvement of the team members are determined by the objectives established for the child, the needs of the family in providing for the child, and by which individuals are needed to develop an effective service plan, and can therefore expand and contract as necessary to be successful on behalf of the child.

What is an Adult Clinical Team?

A group of individuals working together who are actively involved in a person’s assessment, service planning and service delivery. At a minimum, the team consists of the person, their guardian (if applicable) and a qualified behavioral health representative. The team may also include members of the enrolled person’s family, physical health, mental health or social service providers,

representatives or other agencies serving the person, professionals representing disciplines related to the person's needs, or other persons identified by the enrolled person.

You will be able to change your team, if you want to, to best support your needs and achieve the goals that you have set.

What are “best practices” in behavioral health, and how do best practices affect the services I receive?

Both ADHS/DBHS and your T/RBHA create and support “best practices” in behavioral health care. Best practices are ways of delivering services to you that have been shown to be helpful, based on research and evaluation of these practices. You can learn more about these best practices by going to the ADHS/DBHS and T/RBHA Web sites. ADHS/DBHS has links to Clinical Guidance Documents and Clinical Practice Protocols online at <http://www.azdhs.gov/bhs/4providers.htm>. [T/RBHA, insert reference to T/RBHA developed documents and web link here.] If you would like to receive this information by mail, please contact [T/RBHA, insert contact information here]. Best practices change over time. Please refer to the ADHS/DBHS and your T/RBHA’s Web sites for updates, or contact your T/RBHA for additional information.

What is a Provider Network?

[T/RBHA insert a general description of your provider network].

A listing of all available providers, their locations, telephone numbers, and languages spoken can be found online at [T/RBHA insert direct link to online provider listing here]. If you do not have access to the Internet at your home, free Internet service is usually available at libraries. You can also get a paper copy of the provider listing free of charge by calling [T/RBHA insert T/RBHA name] at [T/RBHA insert toll free telephone number where people can call to get a paper copy of the provider listing, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

Some providers may not be taking new members. To find out which providers in the [T/RBHA insert T/RBHA name here] network are not accepting new members, contact [T/RBHA insert name and toll free phone number where persons can find out which providers are not accepting new referrals, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

You can choose any hospital or other setting for emergency care. However, there are certain emergency settings within the [T/RBHA insert T/RBHA name here] network that may be easier for you to use. These include: [T/RBHA insert list of locations of any emergency settings and other locations at which providers and hospitals furnish emergency services and post stabilization services covered under the contract, e.g., psychiatric urgent care centers].

The [T/RBHA insert T/RBHA name here] network also includes pharmacies where you can fill your prescriptions for medications. These include: [T/RBHA insert list of pharmacy names, physical locations, and identification of pharmacy hours including after hours/weekends/holidays for filling prescriptions for psychotropic medications or include a link to an online listing here].

How do I choose a provider?

A provider network is a group of providers who work with a T/RBHA and are available to provide behavioral health services. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** will help you choose a provider from within the provider network. If you would like to select a provider based on convenience, location, or cultural preference, please tell **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Member Services. You will need to contact the provider to make, change, or cancel your appointments. If you need help with scheduling your appointments, contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Member Services.

If you are not happy with your current provider, contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Member Services to discuss other available options.

If you are getting substance abuse services that are funded by the Substance Abuse Prevention and Treatment Federal Block Grant (SAPT), you have the right to get services from a provider to whose religious character you do not object. If you object to the religious character of your substance abuse provider, you may ask for a referral to another provider of substance abuse treatment. You will get an appointment with the new provider within 7 days of your request for a referral, or earlier if your behavioral health condition requires. The new provider must be available to you and provide substance abuse services that are similar to the services that you were receiving at the first provider.

Do I have to pay for behavioral health services I get?

Title XIX (Medicaid) and Title XXI (KidsCare) covered services are paid for through the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), the State Medicaid agency. Persons eligible for these programs are sometimes called AHCCCS eligible. AHCCCS eligible persons cannot be billed for covered behavioral health services other than applicable co-payments as described below.

AHCCCS Co-payments

Some people who get AHCCCS Medicaid benefits are asked to pay co-payments for some of the AHCCCS medical services that they receive.

The following persons are never asked to pay co-payments:

- Children under age 19
- People determined to be Seriously Mentally Ill (SMI) by the Arizona Department of Health Services
- Individuals up through age 20 eligible to receive services from the Children's Rehabilitative Services program
- People who are in nursing homes, residential facilities such as an Assisted Living Home or who receive Home and Community Based Services such as attendant care or a visiting nurse
- People who receive hospice care

In addition, co-payments are never charged for the following services for anyone:

- Hospitalizations
- Emergency services
- Family Planning services and supplies
- Pregnancy related health care including tobacco cessation treatment for pregnant women
- Services paid on a fee-for-service basis

Nominal (Low) Co-pays for Some AHCCCS Programs

Most people who get AHCCCS benefits are asked to pay the following nominal co-payments for medical services:

Prescriptions	\$2.30
Out-patient services for physical, occupational and speech therapy	\$2.30
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	\$3.40

Medical providers will ask you to pay these amounts but will NOT refuse you services if you are unable to pay.

People with Required Co-payments

Families with Children who are no Longer Eligible Due to Earnings

If a family is no longer eligible for any AHCCCS program due to higher income that they get from working, they may still get AHCCCS benefits through the Transitional Medical Assistance (TMA) program. People on TMA have to pay higher co-pays for some medical services and will need to pay the co-pays in order to get the services.

Families receiving TMA benefits have the following co-payment amounts:

Prescriptions	\$2.30
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	\$4.00
Outpatient Physical, Occupational and Speech Therapies	\$3.00
Outpatient Non-emergency or voluntary surgical procedures	\$3.00

Pharmacists and Medical Providers can refuse services if the co-payments are not made.

A family receiving TMA will not be required to make the co-pays if the total amount of the co-pays made is more than 5% of the gross family income (before taxes and deductions) during a calendar quarter (January through March, April through June, July through September, and October through December.)

For example, if a family has gross income of \$3,000, then for the months of January, February and March, the most co-pays that the family will need to pay is 5% of \$3000 = \$150. If by February the family has paid \$150 in co-pays, the family will not have to pay co-pays for the rest of the calendar quarter.

When a family receiving TMA benefits thinks that they have paid co-pays that equal 5% of the family's total quarterly income and AHCCCS has not already told them this has happened, they should send copies of receipts or other proof of how much they have paid to AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

If you are on this program but your circumstances have changed, contact your local DES office to ask them to review your eligibility.

Other Adults

An adult may get AHCCCS benefits through the AHCCCS Care Program. An adult is on AHCCCS Care because the adult:

- Does not have an eligible deprived child living with them (see Arizona Administrative Code R9-22-1427),
- Is not pregnant,
- Is not aged 65 or over, or
- Is not disabled.

People on AHCCCS Care have to pay higher co-pays for some medical services and will need to pay the co-pays in order to get the services. Persons on AHCCCS Care will need to make the following co-payments in order to receive the following services:

Generic Prescriptions and Brand Name Prescriptions when there is no generic	\$4.00
Brand Name Prescriptions when there is a generic prescription that can be used	\$10.00
Non-emergency use of an emergency room	\$30.00
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	\$5.00

Pharmacists and Medical Providers can refuse services if the co-payments are not made.

If your circumstances have changed and you don't think you belong in the AHCCCS Care program, contact your local DES office to ask them to review your eligibility.

ADHS/DBHS Co-payments

Non-Title XIX/XXI persons determined to have a Serious Mental Illness may have to pay for behavioral health services. The payment amount is a fixed co-payment amount of \$3. If you have Medicare or private insurance, you will pay the \$3 ADHS/DBHS co-payment for services covered by ADHS/DBHS, or the co-payment that your insurance requires (if it is less than \$3) for those services. In other words, you will not have to pay a higher payment for services that ADHS/DBHS covers, just because you have other insurance. However, if you are getting services through your insurance for services or medications that ADHS/DBHS does not cover (see the Available Services Matrix on page [T/RBHA, insert correct page number here]), you will be responsible for paying the co-payment or other fees that your insurance requires.

A non-covered service is one that is not available to you. It is a service your provider did not set up or approve or is a service that is not covered by the T/RBHA. Services you get from a provider outside of the provider network are non-covered services, unless you have been referred by your provider. If you get a non-covered service you may have to pay for it.

Prior to your appointment for services, [T/RBHA name here] or your provider will discuss with you any payments you will have to pay.

What if I have health insurance?

You must report any health insurance that you have, other than AHCCCS, to [T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider. This includes Medicare. Persons with health insurance must use the benefits of that health insurance before [T/RBHA insert T/RBHA name here] will pay for services. At times, [T/RBHA insert T/RBHA name here] may pay for the cost of co-payments for you, while the cost of the covered service is paid for by your health insurance. This may occur even if you get services outside the [T/RBHA insert T/RBHA name here] network of providers.

If there are any changes to your health insurance you must report the change to [T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider right away.

Medicare coverage

Some people have Medicare and AHCCCS health insurance. If you have Medicare and AHCCCS health insurance, you must tell [T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider. You may get some services from Medicare providers and some services from [T/RBHA insert T/RBHA name here] providers. You may have to use Medicare for some behavioral health services before you can use your AHCCCS health insurance. If you are in a Medicare Cost Saving (MCS) program, your Medicare co-payments, premiums, and/or deductibles may be covered for you. [T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider can help you find out what services Medicare will cover and what services your AHCCCS health insurance will cover.

Sometimes people with Medicare want to get services from a provider that does not work with [T/RBHA insert T/RBHA name here]. This is called getting services outside the [T/RBHA insert T/RBHA name here] network of providers. If you choose to get services from a provider outside the [T/RBHA insert T/RBHA name here] network, you may have to pay for your Medicare co-payment, premium and/or deductible. This does not apply to emergency or other prescribed services. Call [T/RBHA insert T/RBHA name here] at [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] for more information on out of network providers.

On January 1, 2006, Medicare Part D Prescription Drug coverage began. AHCCCS does not pay for prescription drugs available with Medicare Part D for persons who have AHCCCS and Medicare. Medicare eligible persons must get their prescription drugs through a Medicare Part D Prescription Drug Plan (PDP) or Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MA-PD). These plans will pay for both brand name and generic drugs. If you have Medicare, but you are not enrolled in a Medicare Part D drug plan, AHCCCS will not pay for any prescription drugs that would be paid for by Medicare Part D. You may have to pay for your prescription drugs. If you have questions about this change, you can call 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) or visit www.medicare.gov. If you want help in picking a plan, you can call [T/RBHA insert names and toll-

free and local telephone numbers, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

Medicare Part D and AHCCCS may not pay for some prescription drugs. [T/RBHA insert name] may assist you with obtaining prescription drugs not covered by Medicare Part D. Contact [T/RBHA insert names and toll-free and local telephone numbers, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] to ask about getting help with requesting medication from your Medicare Part D plan.

The Limited Income Subsidy (LIS) program

The Social Security Administration (SSA) has a Limited Income Subsidy (LIS) program that will help pay for the costs of the Medicare Part D prescription drug benefit. This program, also known as "extra help," will pay all or part of the monthly premium, annual deductible, and coinsurance. However, the "extra help" does not pay the copayments for Medicare Part D prescription drugs.

If you have both AHCCCS and Medicare, you do not have to apply for the "extra help". You will get a notice from the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) telling you that you get the "extra help" and you do not have to apply.

If you are in a Medicare Cost Saving (MCS) program you do not have to apply for the "extra help". MCS programs include the following:

- QMB Only (Qualified Medicare Beneficiary),
- SLMB Only (Specified Low Income Medicare Beneficiary), and
- QI-1 (Qualified Individual).

You will also get a notice from CMS telling you that you get the "extra help" and you do not have to apply.

Other persons may be able to get the "extra help." If your income is below 150% of the Federal Poverty Level (FPL) and you do not have AHCCCS or an MCS program, you have to apply for the "extra help." There are a few ways you can apply. The Social Security Administration (SSA) has a paper application in English and Spanish. You can fill out a paper application and mail it to SSA. You can also apply by calling 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778). Finally, you can apply on-line on the SSA Web site: <http://www.socialsecurity.gov>. On-line applications are available in 14 languages. If you need help applying for the "extra help," please contact [T/RBHA insert contact information here for behavioral health recipients who need assistance applying for the LIS, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

What behavioral health services can I get?

Behavioral health services help people think, feel, and act in healthy ways. There are services for mental health problems and there are services for substance abuse.

You can get services based on three things:

- Your need,
- Your insurance coverage, and
- Your provider's approval, if required.

All services are not available to all members. If you would like to see the guidelines that are used to determine admission, continued stay, and discharge, contact **[T/RBHA insert specific contact information on obtaining guidelines]**.

You decide with your provider or clinical team* what services you need. Your provider or clinical team may ask **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** for approval of a service for you, but the approval may be denied. If a request for services is denied, you can file an appeal. For more information on filing an appeal, see the section called "What is an appeal and how do I file an appeal."

You and your provider may not agree about the services you need. If you feel you need a service, and your provider does not, contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** at **[T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

The table **[below/on the next page – T/RBHA insert specific location]** lists the available behavioral health services and any limits they may have. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** must pay only for the available behavioral health services listed.

Service Coverage for American Indian Persons:

American Indian persons have choices of where to access behavioral health services, including receiving services through a Regional Behavioral Health Authority (RBHA) that serves the zip code you live in or Tribal Regional Behavioral Health Authority (TRBHA) that serves a specific tribe, Indian Health Services (IHS) and/or 638 tribal facilities with behavioral health programs. If you receive services through a RBHA or TRBHA, those services are paid for through the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health services (ADHS/DBHS). If you are Title XIX/XXI eligible and receive services through an IHS or 638 tribal facility, the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) pays for those services. Regardless of who pays for the services, your RBHA or TRBHA and/or IHS or 638 tribal facility will coordinate your care to ensure you receive all necessary behavioral health services.

* Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Clinical Teams

A 638 tribal facility means a facility owned and operated by an American Indian tribe authorized to provide services according to Public Law 93-638, as amended. A 638 tribal facility may not provide all covered behavioral health services, so ADHS/DBHS is responsible for covering certain services:

- Behavioral health services for persons referred off reservation from an IHS or 638 tribal facility; and
- Emergency services rendered at a non-IHS or non-638 tribal facility to American Indian behavioral health recipients.

If you are unsure about your choices or if you have questions about how your behavioral health services are coordinated, you can contact [T/RBHA, insert contact information here] at [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] for additional information.

Medication Coverage

[T/RBHA insert T/RBHA name here] has lists of medications, called formularies, that include medications available to you through [T/RBHA insert T/RBHA name here]. You can find the [T/RBHA insert T/RBHA name here] formulary and ADHS/DBHS Non-Title XIX/XXI Medication Formulary online at [T/RBHA insert link to online formulary here; the ADHS/DBHS Non-Title XIX/XXI Formulary is online at

<http://azdhs.gov/bhs/updates/documents/NT19Formulary.pdf>. You may need medication that is not on the formularies, or you may need approval for your medication. [T/RBHA, insert description of how a person is able to obtain medication not on the formularies and the process for obtaining approval for medications that require prior authorization, including a reference to notification and appeal rights].

If you go to your pharmacy and you are unable to get your medication(s), call [T/RBHA, insert contact information here] at [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] for help.

Special Populations

Special populations include groups of individuals who are eligible to receive services funded by federal block grants. These federal block grants include the Substance Abuse Prevention and Treatment (SAPT), Project for Assistance in Transition from Homelessness (PATH), and Community Mental Health Services (CMHS) federal block grants. SAPT Block Grant funds are used for treatment and long-term recovery support services for the following persons, in order of priority:

- Pregnant women/teenagers who use drugs by injection;
- Pregnant women/teenagers who use substances
- Other persons who use drugs by injection;

- Substance using women and teenagers with dependent children and their families, including women who are attempting to regain custody of their children; and
- As *Funding is Available* - all other persons with a substance use disorder, regardless of gender or route of use.

The PATH Grant provides funds for services to persons or families who:

- Are homeless or at imminent risk of becoming homeless; and
- Are suffering from serious mental illness; or
- Have a substance abuse disorder and are suffering from a serious mental illness.

Expanded outreach efforts include the following populations:

- Victims of domestic violence;
- Elderly individuals;
- Families; and
- Abandoned and/or runaway youth.

The PATH Grant provides the following services and assistance:

- Outreach and community education;
- Field assessment and evaluations;
- Intake assistance/emergent and non-emergent triage;
- Transportation assistance;
- Hotel vouchers in emergency situations;
- Assistance in meeting basic needs (e.g., applications for AHCCCS, SSI/SSDI, food stamps, coordination of health care, etc.);
- Transition into a behavioral health case management system;
- Assistance in getting prescriptions filled;
- Assistance in locating cooling or heating and water stations during extreme heat and winter alerts;
- Moving assistance; and
- Housing referrals, both transitional and permanent placements.

The Community Mental Health Services (CMHS) block grant provides funds to establish or expand community-based services for Non-Title XIX/XXI reimbursable mental health services to children with Serious Emotional Disturbances (SED) and adults with Serious Mental Illness (SMI).

AHCCCS and ADHS/DBHS Benefit Changes

This handbook and the table on pages [T/RBHA, insert page numbers here] describe the services you can get. You will get a notice if there are changes to the services you can get. This year, there are changes to respite care. Respite care is offered as a temporary break for caregivers to take time for themselves. The number of respite hours available to adults and children receiving ALTCS benefits or behavioral health services is being reduced from 720 hours to 600 hours within a 12 month period of time. The 12 months will run from October 1 through September 30 of the next year.

ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]

AVAILABLE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES*

SERVICES		TITLE XIX/XXI CHILDREN AND ADULTS	NON-TITLE XIX/XXI PERSONS DETERMINED TO HAVE SMI
TREATMENT SERVICES			
Behavioral Health Counseling and Therapy	Individual	Available	Not Available
	Group	Available	Not Available
	Family	Available	Not Available
Behavioral Health Screening, Mental Health Assessment and Specialized Testing	Behavioral Health Screening	Available	Not Available
	Mental Health Assessment	Available	Available
	Specialized Testing	Available	Not Available
Other Professional	Traditional Healing	Not Available with TXIX/XXI funding**	Not Available**
	Auricular Acupuncture	Not Available with TXIX/XXI funding**	Not Available**
REHABILITATION SERVICES			
Skills Training and Development	Individual	Available	Not Available
	Group	Available	Not Available
	Extended	Available	Not Available
Cognitive Rehabilitation		Available	Not Available
Behavioral Health Prevention/Promotion Education		Available	Not Available
Psycho Educational Services and Ongoing Support to maintain employment	Psycho Educational Services	Available	Not Available
	Ongoing Support to maintain employment	Available	Not Available
MEDICAL SERVICES			
Medication Services***		Available	Available
Lab, Radiology and Medical Imaging		Available	Available
Medical Management		Available	Available
Electro-Convulsive Therapy		Available	Not Available
SUPPORT SERVICES			
Case Management		Available	Not Available
Personal Care		Available	Not Available
Self-help/Peer Services		Available	Not Available

ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]

AVAILABLE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES*

SERVICES		TITLE XIX/XXI CHILDREN AND ADULTS	NON-TITLE XIX/XXI PERSONS DETERMINED TO HAVE SMI
Home Care Training to Home Care Client (HCTC)		Available	Not Available
Unskilled Respite Care****		Available	Not Available
Supported Housing		Not Available with TXIX/XXI funding**	Not Available to new members
Sign Language or Oral Interpretive Services		Provided free of charge	Provided free of charge
Flex Fund Services		Not Available with TXIX/XXI funding**	Not Available**
Transportation	Emergency	Available	Not Available
	Non-emergency	Available	Not Available
CRISIS INTERVENTION SERVICES			
Crisis Intervention – Mobile		Available	Available
Crisis Intervention – Telephone		Available	Available
Crisis Services – Stabilization		Available	Available
INPATIENT SERVICES			
Hospital		Available	Provided based on available funding
Sub-acute Facility		Available	Provided based on available funding
Residential Treatment Center		Available	Not Available
RESIDENTIAL SERVICES			
Behavioral Health Residential Facilities	Level II	Available	Not Available
	Level III	Available	Provided based on available funding
Room and Board		Not Available with TXIX/XXI funding*	Not Available
BEHAVIORAL HEALTH DAY PROGRAMS			
Supervised Day		Available	Not Available
Therapeutic Day		Available	Not Available
Medical Day		Available	Not Available

Limitations:

* For services available through federal block grants, please see the Special Populations section on page [T/RBHA, insert page number here].

** Services not available with TXIX/XXI funding, but may be provided if grant funding is available

*** Medication services are limited for recipients who have Medicare

**** Unskilled Respite Care – Respite care is offered as a temporary break for caregivers to take time for themselves. The number of respite hours available to adults and children receiving ALTCS benefits or behavioral health services is

**ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH**

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]

AVAILABLE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES*

being reduced from 720 hours to 600 hours within a 12 month period of time. The 12 months will run from October 1 through September 30 of the next year.

Can I get a ride to my appointment?

You may be able to get a ride to and from non-emergency services. Contact **[T/RBHA specific information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** and ask if you can get a ride.

Transportation during an emergency does not need prior approval. Contact **[T/RBHA insert specific information, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** for transportation in an emergency or crisis.

What is an approval of services and what are my notification rights?

You and your provider or clinical team* will work together to make decisions about the services you need. Emergency services needed for an emergency medical condition do not need to be approved before you can get them. Some services, for example non-emergency hospital admissions or other inpatient services **[T/RBHA insert information on other services requiring PA]**, need to be approved before you can get them. Your provider or clinical team must ask for approval of these services by **[T/RBHA insert specific information here identifying who does approval; RBHA, provider or ADHS/DBHS]**. If a Title XIX/XXI covered service included in your Service Plan is denied, reduced, or terminated, you will receive notice and have the right to file an appeal. The process for filing an appeal is described in the section called, “What is an appeal and how do I file an appeal?”

Only a physician trained to treat your condition may deny a service your provider or clinical team is trying to get approved.

Title XIX/XXI eligible persons:

You will get written notice telling you if the services asked for by your provider or clinical team are not approved. You will get this notice within 14 days of your provider or clinical team asking for approval for standard approval requests or within 3 working days for expedited approval requests. Expedited means that a decision needs to be made sooner due to your behavioral health needs.

The timeframes in which the T/RBHA or the provider must give you written notice of their decision about the requested services can be extended for up to 14 days. This means that a decision may take up to 28 days for the standard approval process, and up to 17 or more days for the expedited process. (The reason that the expedited process may take more than 17 days is because the initial 3 day period is *working days*.) You, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**, or the provider can ask for more time. If **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** or the provider ask for more time, you will get a written notice, called a Notice of Extension of Timeframe for Service Authorization Decision, telling you why it will take longer. If you disagree with the extension, you can file a complaint with **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** by calling **[T/RBHA insert contact information for filing a complaint, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**. If a decision about your requested services is not made within the maximum allowable timeframe, including extensions, the request for approval (authorization) shall be considered denied on the date the timeframe expires.

If your covered behavioral health services are denied, or if the services you have been getting are terminated, suspended or reduced, you will get a Notice of Action. The Notice of Action is a written document that will tell you:

* Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Clinical Teams

- What service(s) will be denied, reduced, suspended, or terminated;
- The reason the service(s) will be denied, reduced, suspended, or terminated and the legal basis for the action;
- The date the service(s) will be reduced, suspended, or terminated;
- Your right to file an appeal;
- How to exercise your right to file an appeal;
- When and how you can ask for an expedited decision if you file an appeal; and
- How to ask that your services continue during the appeal process.

You will get a Notice of Action 10 days before the effective date if services you were getting will be reduced, suspended or terminated. If the Notice of Action does not tell you what you asked for, what was decided and why the decision was made in language you can understand, please call **[T/RBHA insert who/where they should contact, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** for assistance. The Notice of Action is also available in other languages and formats if you need it. If the Notice of Action is not adequate, a new Notice of Action will be issued. If the Notice of Action is still not adequate and the issue is not resolved by **[TRBHA insert TRBHA name here]**, you may call AHCCCS Medical Management at 602-417-4000 to register your complaint.

Exceptions to the 10 day Notice of Action requirement

If fraud is suspected, the notice will be sent to you 5 days before the reduction, suspension or termination of services.

If non-emergency inpatient services are terminated as a result of the denial of a continued stay request, you will be sent a Notice of Action in 2 days.

You may get a Notice of Action less than 10 days from the effective date in some other situations, such as:

- You told your provider on paper that you no longer want services;
- Your mail is returned and the provider does not know where you are;
- You enter a facility that makes you ineligible for services;
- You move and get Medicaid services outside of Arizona; or
- Your physician prescribes a change in the level of your behavioral health care.

Persons determined to have a Serious Mental Illness:

As a person determined to have a Serious Mental Illness, you may get notices besides the Notice of Action. This may include a Notice of Decision and Right to Appeal. You would get this notice when:

- The initial determination of Serious Mental Illness is made,
- A decision about fees or a waiver from fees is made,
- The Assessment, Service Plan or Inpatient Treatment and Discharge Plan are developed or reviewed,

- Your Service Plan is changed and any services you have been receiving are reduced, suspended or terminated, or
- It is determined that you do not have a Serious Mental Illness.

Based upon the behavioral health services you get, you may get other notices about the Grievance and Appeal process, your legal rights and that discrimination is not allowed.

Please contact **[T/RBHA insert who/where they should contact, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** with questions about the approval of services and your notification rights.

What is a referral to another provider?

You or your provider may feel that you need specialized care from another behavioral health provider. If that happens, your provider will give you a “referral” to go to another provider for specialized care.

You may contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** or your provider if you feel you need a referral for specialized care.

Title XIX/XXI eligible persons can get a second opinion. Upon a Title XIX/XXI eligible person’s request, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** must provide for a second opinion from a health care professional within the **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** network or arrange for the person to get one outside the network, at no cost to the person. **[T/RBHA insert contact information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

Who is eligible to receive behavioral health services?

- Persons AHCCCS eligible through either Title XIX (Medicaid) or Title XXI (KidsCare);
- Persons determined to have a Serious Mental Illness; and
- Special populations who are eligible to receive services funded through federal block grants.

Title XIX (Medicaid; may also be called AHCCCS) is insurance for low-income persons, children, and families. It pays for medical, dental (for children up to 21 years of age), and behavioral health services.

Title XXI (KidsCare; may also be called AHCCCS) is insurance for children under the age of 19 who do not have insurance and are not eligible for Title XIX benefits. It pays for medical, dental and behavioral health services.

[T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider will ask you questions to help identify if you could be eligible for AHCCCS benefits. If so, they can help you complete an AHCCCS application.

A Serious Mental Illness is a mental disorder in persons 18 years of age or older that is severe and persistent. Persons may be so impaired that they cannot remain in the community without treatment and/or services. **[T/RBHA insert T/RBHA name here of who would do a Serious Mental Illness determination – T/RBHA or a provider]** will make a determination of Serious Mental Illness upon referral/request.

What services can I get if I am not eligible for AHCCCS?

Crisis Services

You are able to get crisis services, even if you are not Title XIX/XXI eligible (i.e., not eligible for AHCCCS) or determined to have a Serious Mental Illness. Crisis services available to you include:

- Crisis Intervention phone services, including a toll free number, available 24 hours per day, 7 days a week [**T/RBHA, insert numbers here**];
- Mobile crisis Intervention services, available 24 hours per day, 7 days a week;
- 23-hour crisis observation/stabilization services, including detoxification services, and as funding allows, up to 72 hours of additional crisis stabilization [**T/RBHA, insert additional information here**]; and
- Substance abuse-related crisis services, including follow-up services for stabilization.

If you are not Title XIX/XXI eligible, you will receive generic medications from the [ADHS/DBHS Non-Title XIX/XXI Formulary](#).

Services for Non-Title XIX/XXI persons determined to have a Serious Mental Illness (SMI)

If you are a Non-Title XIX/XXI person determined to have SMI, you are eligible for a medication-only benefit. This means that services, other than medications and medication-related services are not covered. You will continue to receive the following services:

- Crisis Services, as listed above;
- Generic medication listed on the [ADHS/DBHS Non-Title XIX/XXI Formulary](#). You will only be able to get generic (non-brand name) medications listed on the formulary. This means that brand name medications are not covered. If you want brand name medications, you will have to pay for them yourself (unless you have health insurance that will cover brand name medication);
- Laboratory services;
- Psychiatric assessments;
- Psychiatric follow-up appointments to talk about your medication and make sure it's the right medication for you;
- Telephone calls between the doctor who prescribed your medication and any other doctor or nurse involved in your care to talk about your medication treatment; and
- Nursing (RN, LPN) assistance to help your doctor with your medication.

Housing Services

Supported Housing is a service which helps people stay in housing and become self-sufficient. Supported Housing services may include help with rent, gas and electric payments, and help in avoiding eviction. Non-Title XIX/XXI persons

determined to have SMI, who are currently receiving supported housing services, will continue to receive services until other safe, stable housing is found. Members currently receiving supported housing services will not be evicted. Beginning on May 3, 2010, **[T/RBHA, insert T/RBHA name here]** stopped providing supported housing services to new Non-Title XIX/XXI persons determined to have SMI. Title XIX/XXI eligible and Non-Title XIX/XXI persons determined to have SMI receiving housing services in residential facilities may be asked to help pay for the cost of room and board.

Special Populations

Some people are eligible to receive behavioral health services that are funded through federal block grants. For more information about these services and who is eligible for these services, please go to page **[T/RBHA, insert page number here]**.

What happens if I move?

If you move, tell your provider and [T/RBHA insert T/RBHA name here] right away so they can make sure you continue to receive your services and/or medications. You may need to change to a new provider and/or T/RBHA. If that happens, your provider will ask you to sign a release of information so the new provider and/or T/RBHA can transfer your services. Your records may be given to the new provider once you give written permission. [T/RBHA insert T/RBHA name here] or your provider can help you with a referral to a new provider and/or T/RBHA.

If you are Title XIX or Title XXI eligible, call the agency where you applied for those benefits to let them know you moved and give them your new address. This could be:

- AHCCCS (call 602-417-7100 in Maricopa County or 1-800-334-5283 outside of Maricopa County) or go to the MyAHCCCS member Web site at www.MyAHCCCS.com to update your address,
- Department of Economic Security (call 1-800-352-8168), or
- Social Security Administration (1-800-772-1213).

What is a consent to treatment?

You have the right to accept or refuse behavioral health services that are offered to you. If you want to get the behavioral health services offered, you or your legal guardian must sign a "Consent to Treatment" form giving your or your legal guardian's permission for you to get behavioral health services. When you sign a "Consent to Treatment" form you are also giving the Arizona Department of Health Services / Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) permission to access your records.

To give you certain services, your provider needs to get your permission. Your provider may ask you to sign a form or to give verbal permission to get a specific service. You will be given information about the service so you can decide if you want that service or not. An example would be if your provider prescribes a medication. Your provider will tell you about the benefits and risks of taking the medication and other options for treatment. Your provider will ask you to sign a consent form or give verbal permission if you want to take the medication. Let your provider know if you have questions or do not understand the information your provider gave you. You have the right to withdraw your consent at any time. Your provider will explain to you what will happen if you choose to withdraw your consent.

Is my behavioral health information private?

There are laws about who can see your behavioral health information with or without your permission. Substance abuse treatment and communicable disease information (for example, HIV/AIDS information) cannot be shared with others without your written permission.

At times your permission is not needed to share your behavioral health information to help arrange and pay for your care. These times could include the sharing of information with:

- Physicians and other agencies providing health, social, or welfare services;
- Your medical primary care provider;
- Certain state agencies involved in your care and treatment, as needed; and
- Members of the clinical team* involved in your care.

At other times, it may be helpful to share your behavioral health information with other agencies, such as schools. Your written permission may be required before your information is shared.

There may be times that you want to share your behavioral health information with other agencies or certain individuals who may be assisting you. In these cases, you can sign an Authorization for the Release of Information Form, which states that your medical records, or certain limited portions of your medical records, may be released to the individuals or agencies that you name on the form. For more information about the Authorization for the Release of Information Form, contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** at **[T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

You can ask to see the behavioral health information in your medical record. You can also ask that the record be changed if you do not agree with its contents. You can also receive one free copy per year of your medical record. Contact your provider or **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** to ask to see or get a copy of your medical record. **[T/RBHA insert specific information of where they should call, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**. You will receive a response to your request within 30 days. If you receive a written denial to your request, you will be provided with information about why your request to obtain your medical record was denied.

Exceptions to Confidentiality

There are times when we cannot keep information confidential. The following information is not protected by the law:

* Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Clinical Teams

If you commit a crime or threaten to commit a crime at the program or against any person who works at the program, we must call the police.

If you are going to hurt another person, we must let that person know so that he or she can protect himself or herself. We must also call the police.

We must also report suspected child abuse to local authorities.

If there is a danger that you might hurt yourself, we must try to protect you. If this happens, we may need to talk to other people in your life or other service providers (e.g., hospitals and other counselors) to protect you. Only necessary information to keep you safe is shared.

What are my rights and responsibilities while getting behavioral health services?

What are my rights?

You have the right to:

- Be treated fairly and with respect regardless of race, ethnicity, religion, mental or physical disability, sex, age, sexual preference, or ability to pay,
- Participate in decisions regarding your behavioral health care and participate in making your Service Plan,
- Include any persons you wish in your treatment,
- Have your protected health information kept private,
- Get your services in a safe place,
- Make an advance directive,
- Agree to or refuse treatment services, unless the services are court ordered,
- Get information in your own language or have it translated,
- Complain about the Arizona Department of Health Services;
- File a complaint, appeal, or grievance without penalty,
- Receive good care from providers who know how to take care of you,
- Choose a provider within the Provider Network,
- Be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation,
- Use your rights with no negative action by the Arizona Department of Health Services or **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**, and
- The same civil and legal rights as anyone else.

You also have the right to request and obtain the following information at any time:

- Receive a Member Handbook at least annually from **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**;
- The name, location, and telephone number of the current providers in your service area that speak a language other than English and the name of the language(s) spoken,
- The name, location, and telephone number of the current providers in your service area that are not accepting new members,
- Any limits of your freedom of choice among network providers,
- Your rights and protections,
- A description of how after-hours and emergency coverage is provided,
- A description of what is an emergency medical condition and what are emergency and post stabilization services,
- The process for getting emergency services, including the use of the 911 telephone system or local emergency numbers,
- The location of providers and hospitals that provide emergency and post stabilization services,
- Your right to use any hospital or other setting for emergency care,
- Your right to get emergency services without prior approval,
- The amount, duration, and scope of your benefits,

- The process for getting services, including approval requirements and criteria used to make decisions about the services you can get,
- The extent to which, and how, you may get benefits from out-of-network providers,
- The rules for post stabilization care services,
- Cost sharing, if any,
- How and where to access services including any cost sharing required and how transportation can be provided,
- Advanced directives,
- The structure and operation of the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) or ADHS/DBHS contractors,
- Physician incentive plans (including the plan's effect on the use of referral services, the types of compensation arrangements the plan uses, whether stop-loss insurance is required, and member survey results), and
- The grievance, appeal, and fair hearing procedures and timeframes.

To request any of this information, contact **[T/RBHA insert T/RBHA name and toll-free contact phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

What are my responsibilities?

You have the responsibility to:

- Give information needed for your care to your providers;
- Follow instructions and guidelines from your providers;
- Know the name of your provider/case manager;
- Schedule appointments during regular office hours when possible limiting the use of Urgent Care and Emergency Room facilities;
- Arrive on time for appointments;
- Tell providers if you have to cancel an appointment before the scheduled time;
- Participate in creating your Service Plan;
- Be aware of your rights;
- Assist in moving towards your recovery;
- Take care of yourself; and
- Treat others with respect and work cooperatively with others.

Title XIX/XXI eligible persons are responsible for:

- Protecting your identification (ID) card;
- Not misusing your ID card, including loaning, selling or giving your card to others, which may result in the loss of your eligibility or legal action; and
- Keeping, not discarding, your ID card.

What is a designated representative?

Advocating for your rights can be hard work. Sometimes it helps to have a person with you to support your point of view. If you have been determined to have a Serious Mental Illness, you have the right to have a designated representative help you in protecting your rights and voicing your service needs.

Who is a designated representative?

A designated representative may be a parent, guardian, friend, peer advocate, relative, human rights advocate, member of a Human Rights Committee, an advocate from the State Protection and Advocacy system, or any other person who may help you protect your rights and voice your service needs.

When can a designated representative help me?

You have the right to have a designated representative help you protect your rights and voice your service needs during any meetings about your Service Plan or Inpatient Treatment and Discharge Plan. Your designated representative must also receive written notice of the time, date and location of Service Plan and Inpatient Treatment and Discharge Plan meetings, and your designated representative must be invited to the Individual Treatment and Discharge Plan meetings.

You have the right to have a designated representative help you in filing an appeal of the treatment you got, your Service Plan, Inpatient Treatment and Discharge Plan or attend the informal conference or administrative hearing with you to protect your rights and voice your service needs.

You have the right to have a designated representative help you in filing a grievance. A designated representative may also go to the meeting with the investigator, the informal conference, or an administrative hearing with you to protect your rights and voice your service needs.

If you have questions about designated representatives, call **[T/RBHA insert T/RBHA name and toll free phone number for information on designated representatives, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** or the ADHS/DBHS Office of Human Rights at 602-364-4585 or 1-800-421-2124. Hearing impaired individuals may call the Arizona Relay Service at 711 or 1-800-367-8939 for help contacting the Division of Behavioral Health Services.

What can I do if I have a complaint about my care?

If you are not happy with the care you are getting, try to solve any issues at the lowest possible level by talking with your provider or **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**.

What is a formal complaint and how do I make one?

A formal complaint is when you are not happy with any aspect of your care.

Reasons for complaints could include such things as:

- The quality of care or services you got,
- A disagreement with the denial to process an appeal as expedited,
- The failure of a provider to respect a person's rights, or
- A provider or employee of a provider being rude to you.

Formal complaints can be made either orally or in writing. You can call or write to **[T/RBHA insert T/RBHA name, phone numbers and address here for complaints to be received, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

If you make your complaint by phone, it will be acknowledged at that time. For written complaints, you will be notified that your complaint was received within 5 working days. A decision regarding the results of your complaint must be given to you in a timely manner, but within 90 days of making your complaint.

Some issues require you to file an appeal instead of a formal complaint. This process is described in the section called, "What is an appeal and how do I file an appeal." These issues include:

- The denial or limited approval of a service asked for by your provider or clinical team*,
- The reduction, suspension, or termination of a service you were receiving,
- The denial, in whole or part, of payment for a service,
- The failure to provide services in a timely manner,
- The failure to act within timeframes for resolving an appeal or complaint, and
- The denial of a request for services outside of the provider network when services are not available within the provider network.

If you are a person determined to have a Serious Mental Illness (SMI), you can file a grievance/request for investigation if you feel that your rights have been violated. See "What is a Grievance/Request for Investigation for persons determined to have a Serious Mental Illness and how can I file one?" for more information.

* Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Clinical Teams

What is an appeal and how do I file an appeal?

What is an appeal?

An appeal is a formal request to review an action or decision related to your behavioral health services.

There are 3 types of appeals depending on what is being appealed and who is filing the appeal. The 3 types of appeals are:

- Appeals for Title XIX/XXI AHCCCS eligible persons,
- Appeals for persons determined to have a Serious Mental Illness, and
- Appeals for persons who are not enrolled as a person with Serious Mental Illness and are Non-Title XIX/XXI eligible.

Medicare Part D Exceptions and Appeals

Every Medicare Part D plan must have an exception and appeal process. If you have Medicare Part D Prescription Drug coverage and you file an exception or appeal, you may be able to get a prescription drug that is not normally covered by your Part D plan. Contact your Part D plan for help in filing an exception or appeal regarding your prescription drug coverage.

How do I file an appeal?

Appeals can be filed orally or in writing with **[RBHA insert RBHA name here; TRBHAs insert ADHS/DBHS]** within 60 days of receiving a Notice of Action or Notice of Decision and Right to Appeal. A Notice of Action and Notice of Decision and Right to Appeal are written letters that tell you about a change in your services. An expedited appeal will be resolved sooner than a standard appeal due to the urgent behavioral health needs of the person filing the appeal. Contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Member Services or your provider to see if your appeal will be expedited.

You can file an appeal or your legal or authorized representative, including a provider, can file an appeal for you with your written permission. You can also get help with filing an appeal by yourself.

To file an appeal orally or for help with filing a written appeal, call **[RBHA insert toll free phone number; T/RBHAs insert 602-364-4575 or 1-800-421-2124, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

To file a written appeal, mail the appeal to **[RBHA insert RBHA name and mailing address for written appeals; TRBHAs insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007]**.

You will get written notice that your appeal was received within 5 working days. If your appeal needs to be expedited, you will get notice that your appeal was received within 1 working day.

Appeals for Title XIX/XXI AHCCCS eligible persons

If you are Title XIX/XXI AHCCCS eligible, you have the right to ask for a review of the following actions:

- The denial or limited approval of a service asked for by your provider or clinical team*,
- The reduction, suspension, or termination of a service that you were receiving,
- The denial, in whole or part, of payment for a service,
- The failure to provide services in a timely manner,
- The failure to act within timeframes for resolving an appeal or complaint, and
- The denial of a request for services outside of the provider network when services are not available within the provider network.

What happens after I file an appeal?

As part of the appeal process, you have the right to give evidence that supports your appeal. You can provide the evidence to the RBHA or ADHS/DBHS in person or in writing. In order to prepare for your appeal, you may examine your case file, medical records, and other documents and records that may be used before and during the appeal process, as long as the documents are not protected from disclosure by law. If you would like to review these documents, contact your provider or **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**. The evidence you give to the RBHA or ADHS/DBHS will be used when deciding the resolution of the appeal.

How is my appeal resolved?

The RBHA or ADHS/DBHS must give you a decision, called a Notice of Appeal Resolution, in person or by certified mail within 30 days of getting your appeal for standard appeals, or within 3 working days for expedited appeals. The Notice of Appeal Resolution is a written letter that tells you the results of your appeal.

The time frames in which the T/RBHA or provider must give you the Notice of Appeal Resolution may be extended up to 14 days. You, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** or the provider can ask for more time in order to gather more information. If **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** or the provider ask for more time, you will be given written notice of the reason for the delay.

The Notice of Appeal Resolution will tell you:

- The results of the appeal process and
- The date the appeal process was completed.

If your appeal was denied, in whole or in part, then the Notice of Appeal Resolution will also tell you:

- How you can ask for a State Fair Hearing,

* Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Clinical Teams

- How to ask that services continue during the State Fair Hearing process, if applicable,
- The reason why your appeal was denied and the legal basis for the decision to deny your appeal, and
- That you may have to pay for the services you get during the State Fair Hearing process if your appeal is denied at the State Fair Hearing.

What if I am not happy with my appeal results?

You can ask for a State Fair Hearing if you are not happy with the results of an appeal. If your appeal was expedited, you can ask for an expedited State Fair Hearing. **YOU HAVE THE RIGHT TO HAVE A REPRESENTATIVE OF YOUR CHOICE ASSIST YOU AT THE STATE FAIR HEARING.**

How do I ask for a State Fair Hearing?

You must ask for a State Fair Hearing in writing within 30 days of getting the Notice of Appeal Resolution. This includes both standard and expedited requests for a State Fair Hearing. Requests for State Fair Hearings should be mailed to: **[RBHA insert RBHA name and mailing address for State Fair Hearing requests; TRBHAs insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007].**

What is the process for my State Fair Hearing?

You will receive a Notice of State Fair Hearing at least 30 days before your hearing is scheduled. The Notice of State Fair Hearing is a written letter that will tell you:

- The time, place and nature of the hearing,
- The reason for the hearing,
- The legal and jurisdictional authority that requires the hearing, and
- The specific laws that are related to the hearing.

How is my State Fair Hearing resolved?

For standard State Fair Hearings, you will receive a written AHCCCS Director's Decision no later than 90 days after your appeal was first filed. This 90 day period does not include:

- Any timeframe extensions that you have requested, and
- The number of days between the date that you received the Notice of Appeal Resolution and the date your request for a State Fair Hearing was submitted.

The AHCCCS Director's Decision will tell you the outcome of the State Fair Hearing and the final decision about your services.

For expedited State Fair Hearings, you will receive a written AHCCCS Director's Decision within 3 working days after the date that AHCCCS receives your case

file and appeal information from the RBHA or ADHS/DBHS. AHCCCS will also try to call you to notify you of the AHCCCS Director's Decision.

Will my services continue during the Appeal/State Fair Hearing process?

You may ask that the services you were already getting continue during the appeal process or the State Fair Hearing process. If you want to keep getting the same services, you must ask for your services to be continued in writing. If the result of the appeal or State Fair Hearing is to agree with the action to either end or reduce your services, you may have to pay for the services received during the appeal or State Fair Hearing process.

Appeals for persons determined to have a Serious Mental Illness

Persons asking for a determination of Serious Mental Illness and persons who have been determined to have a Serious Mental Illness can appeal the result of a Serious Mental Illness determination.

Persons determined to have a Serious Mental Illness may also appeal the following adverse decisions:

- Initial eligibility for SMI services;
- A decision regarding fees or waivers;
- The assessment report, and recommended services in the service plan or individual treatment or discharge plan;
- The denial, reduction, suspension or termination of any service that is a covered service funded through Non-Title XIX/XXI funds¹;
- Findings of the clinical team with regard to the person's competency, capacity to make decisions, need for guardianship or other protective services or need for special assistance;
- A decision is made that the person is no longer eligible for SMI services; and
- A PASRR determination in the context of either a preadmission screening or an annual resident review, which adversely affects the person.

What happens after I file an appeal?

If you file an appeal, you will get written notice that your appeal was received within 5 working days of **[RBHAs insert RBHA name; TRBHAs insert ADHS/DBHS']** receipt. You will have an informal conference with the RBHA within 7 working days of filing the appeal. The informal conference must happen at a time and place that is convenient for you. You have the right to have a designated representative of your choice assist you at the conference. You and any other participants will be informed of the time and location of the conference in writing at least two days before the conference. If you are unable to come to the conference in person, you can participate in the conference over the telephone.

For an appeal that needs to be expedited, you will get written notice that your appeal was received within 1 working day of **[RBHAs insert RBHA name; TRBHAs insert ADHS/DBHS']** receipt, and the informal conference must occur within 2 working days of filing the appeal.

If the appeal is resolved to your satisfaction at the informal conference, you will get a written notice that describes the reason for the appeal, the issues involved, the resolution achieved and the date that the resolution will be implemented. If there is no resolution of the appeal during this informal conference, and if the

¹ Persons determined to have a Serious Mental Illness cannot appeal a decision to deny, suspend or terminate services that are no longer available due to a reduction in State funding.

appeal does not relate to your eligibility for behavioral health services, the next step is a second informal conference with ADHS/DBHS. This second informal conference must take place within 15 days of filing the appeal. If the appeal needs to be expedited, the second informal conference must take place within 2 working days of filing the appeal. You have the right to skip this second informal conference.

If there is no resolution of the appeal during the second informal conference, or if you asked that the second informal conference be skipped, you will be given information that will tell you how to get an Administrative Hearing. Appeals of Serious Mental Illness eligibility determinations move directly to the Administrative Hearing process if not resolved in the first informal conference and skip the second informal conference. The Office of Grievance and Appeals at ADHS/DBHS handles requests for Administrative Hearings.

Will my services continue during the appeal process?

If you file an appeal you will continue to get any services you were already getting unless a qualified clinician decides that reducing or terminating services is best for you or you agree in writing to reducing or terminating services. You will not have to pay for services you get during the appeal process or Administrative Hearing process.

Appeals for persons who are not determined to have Serious Mental Illness and Non-Title XIX/XXI eligible

If you are Non-Title XIX/XXI (AHCCCS) eligible and not determined to have Serious Mental Illness you may appeal actions or decisions related to decisions about behavioral health services you need that are available through [T/RBHA insert T/RBHA name here].

What happens after I file an appeal?

As part of the appeal process, you have the right to give evidence that supports your appeal. You can give the evidence to the RBHA or ADHS/DBHS in person or in writing. In order to prepare for your appeal, you may examine your case file, medical records, and other documents and records that may be used before and during the appeal process as long as the documents are not protected from disclosure by law. If you would like to review these documents, contact your provider or [T/RBHA insert T/RBHA name here]. The evidence you give to the RBHA or ADHS/DBHS will be used when deciding the resolution of the appeal.

How is my appeal resolved?

The RBHA or ADHS/DBHS must give you a Notice of Appeal Resolution in person or by certified mail within 30 days of getting your appeal. The Notice of Appeal Resolution is a written letter that tells you the results of your appeal.

The time frames in which the T/RBHA or provider must give you the Notice of Appeal Resolution may be extended up to 14 days. You, [T/RBHA insert T/RBHA name here] or the provider can ask for more time in order to gather more information. If [T/RBHA insert T/RBHA name here] or the provider asks for more time, you will be given written notice of the reason for the delay.

The Notice of Appeal Resolution will tell you:

- The results of the appeal process and
- The date the appeal process was completed.

If your appeal was denied, in whole or in part, then the Notice of Appeal Resolution will also tell you:

- How you can request a State Fair Hearing and
- The reason why your appeal was denied and the legal basis for the decision to deny your appeal.

What if I am not happy with my appeal results?

You can ask for a State Fair Hearing if you are not happy with the results of an appeal.

How do I ask for a State Fair Hearing?

You must ask for a State Fair Hearing in writing within 30 days of getting the Notice of Appeal Resolution. Requests for State Fair Hearings should be

mailed to: [RBHA insert RBHA name and mailing address for State Fair Hearing requests; TRBHAs insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007].

What is the process for my State Fair Hearing?

You will receive a Notice of State Fair Hearing at least 30 days before your hearing is scheduled. The Notice of State Fair Hearing is a written letter that will tell you:

- The time, place and nature of the hearing,
- The reason for the hearing,
- The legal and jurisdictional authority that requires the hearing, and
- The specific laws that are related to the hearing.

How is my State Fair Hearing resolved?

For standard State Fair Hearings, you will receive a written ADHS Director's Decision no later than 90 days after your appeal was originally filed. This 90 day period does not include:

- Any timeframe extensions that you have requested; and
- The number of days between the date you received the Notice of Appeal Resolution and the date your request for a State Fair Hearing was submitted.

The ADHS Director's Decision will tell you the outcome of the State Fair Hearing and the final decision about your services.

What is a Grievance/Request for Investigation for persons determined to have a Serious Mental Illness and how can I file one?

The Grievance/Request for Investigation process applies only to adult persons who have been determined to have a Serious Mental Illness.

You can file a Grievance/Request for Investigation if you feel:

- Your rights have been violated;
- You have been abused or mistreated by staff of a provider; or
- You have been subjected to a dangerous, illegal or inhumane treatment environment.

You have 12 months from the time that the rights violation happened to file a Grievance/Request for Investigation. You may file a Grievance/Request for Investigation orally or in writing. Grievance/Request for Investigation forms are available at [T/RBHA insert T/RBHA name here] and providers of behavioral health services. You may ask staff for help in filing your grievance. Contact the following to make your oral or written Grievance/Request for Investigation:

[RBHA insert address and toll-free/local numbers (for oral Grievances) here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY). Tribal RBHAs will use the following information: ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Suite 210, Phoenix, Arizona 85007, 1-800-421-2124 or 602-364-4575. Hearing impaired individuals may call the Arizona Relay Service at 711 or 1-800-367-8939 for help contacting the Division of Behavioral Health Services.]

[RBHAs insert the following: Any grievance concerning physical abuse, sexual abuse or a person's death must be submitted to ADHS/DBHS. To file an oral or written grievance concerning physical abuse, sexual abuse or a person's death, contact ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Suite 210, Phoenix, Arizona 85007, 1-800-421-2124 or 602-364-4575. Hearing impaired individuals may call the Arizona Relay Service at 711 or 1-800-367-8939 for help contacting the Division of Behavioral Health Services.]

ADHS/DBHS or [T/RBHA insert T/RBHA name here] will send you a letter within 5 days of getting your Grievance/Request for Investigation form. This letter will tell you how your Grievance/Request for Investigation will be handled.

If there will be an investigation, the letter will tell you the name of the investigator. The investigator will contact you to hear more about your Grievance/Request for Investigation. The investigator will then contact the person that you feel was responsible for violating your rights. The investigator will also gather any other information they need to determine if your rights were violated.

Within 35 days of an investigator being assigned to investigate, unless an extension has been asked for, you will get a written decision of the findings, conclusions and recommendations of the investigation. You will also be told of your right to appeal if you do not agree with the conclusions of the investigation.

If you file a Grievance/Request for Investigation, the quality of your care will not suffer.

What is fraud and abuse?

Members need to use behavioral health services properly. It is considered fraud if a member or provider is dishonest in order to:

- Get a service not approved for the member, or
- Get AHCCCS benefits that they are not eligible for.

Abuse happens if a member causes unnecessary costs to the system on purpose, for example:

- Loaning an AHCCCS card or the information on it to someone else, or
- Selling an AHCCCS card or the information on it to someone else.

Misuse of your AHCCCS identification card, including loaning, selling or giving it to others, could result in your loss of AHCCCS eligibility. Fraud and abuse are felony crimes and are punishable by legal action against the member or provider.

If you think that somebody is committing fraud or abuse, contact:

- **[T/RBHA enter name and number to call to report fraud or abuse, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)];**
- ADHS/DBHS Fraud and Abuse Hotline at 602-364-3758; or 1-866-569-4927. Hearing impaired individuals may call the Arizona Relay Service at 711 or 1-800-367-8939 for help contacting the Division of Behavioral Health Services,
- AHCCCS Member Fraud Line at 602-417-4193 or 1-888-487-6686, or
- AHCCCS Provider Fraud Line at 602-417-4045 or 1-888-487-6686.

What is an Advance Directive?

You have the right to make an advance directive. An advance directive tells a person's wishes about what kind of care he or she does or does not want to get when the person cannot make decisions because of his or her illness.

- A medical advance directive tells the doctor a person's wishes if the person cannot state his/her wishes because of a medical problem.
- A mental health advance directive tells the behavioral health provider a person's wishes if the person cannot state his/her wishes because of a mental illness.

One type of a mental health advance directive is a Mental Health Care Power of Attorney that gives an adult person the right to name another adult person to make behavioral health care treatment decisions on his or her behalf.

- The person named, the designee, may make decisions on behalf of the adult person if she or he can not make these types of decisions.
- The designee, however, must not be a provider directly involved with the behavioral health treatment of the adult person at the time the Mental Health Care Power of Attorney is named.
- The designee may act in this capacity until his or her authority is revoked by the adult person or by court order.
- The designee has the same right as the adult person to get information and to review the adult person's medical records about possible behavioral health treatment and to give consent to share the medical records.
- The designee must follow the wishes of the adult person as stated in the Mental Health Care Power of Attorney. If, however, the adult person's wishes are not stated in a Mental Health Care Power of Attorney and are not known by the designee, the designee must act in good faith and consent to treatment that she or he believes to be in the adult person's best interest. The designee may consent to admitting the adult person to a level one behavioral health facility licensed by the Department of Health Services if this authority is stated in the Mental Health Care Power of Attorney.

In limited situations, some providers may not uphold an advance directive as a matter of conscience. If your behavioral health provider does not uphold advance directives as a matter of conscience, the provider must give you written policies that:

- State institution-wide conscience objections and those of individual physicians,
- Identify the law that permits such objections, and
- Describe the range of medical conditions or procedures affected by the conscience objection.

[T/RBHA, insert contact information at the RBHA for members to find out whether or not any providers in the T/RBHA network do not uphold aspects of advance directives as a matter of conscience, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

Your provider cannot discriminate against you because of your decision to make or not make an advance directive.

Tell your family and providers if you have made an advance directive. Give copies of the advance directive to:

- All providers caring for you, including your Primary Care Provider (PCP);
- People you have named as a Medical or Mental Health Care Power of Attorney; and
- Family members or trusted friends who could help your doctors and behavioral health providers make choices for you if you cannot do it.

Contact **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** Member Services to ask more about advance directives or for help with making one.

What is Arizona's Vision for the delivery of behavioral health services?

All behavioral health services are delivered according to ADHS/DBHS system principles. ADHS/DBHS supports a behavioral health delivery system that includes:

- Easy access to care;
- Behavioral health recipient and family member involvement;
- Collaboration with the Greater Community;
- Effective Innovation;
- Expectation for Improvement; and
- Cultural Competency.

The twelve principles for the delivery of services to children are:

- Collaboration with the child and family;
- Functional outcomes - Behavioral health services are designed to aid children to achieve success in school, live with their families, avoid criminal actions, and become stable and productive adults;
- Collaboration with others;
- Accessible services;
- Best practices;
- Most appropriate setting;
- Timeliness;
- Services tailored to the child and family;
- Stability;
- Respect for the child and family's unique cultural heritage;
- Independence;
- Connection to natural supports.

The Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems are:

1. Respect

Respect is the cornerstone. Meet the person where they are without judgment, with great patience and compassion.

2. Persons in recovery choose services and are included in program decisions and program development efforts.

A person in recovery has choice and a voice. Their self-determination in driving services, program decisions and program development is made possible, in part, by the ongoing dynamics of education, discussion, and evaluation, thus creating the "informed consumer" and the broadest possible palette from which choice is made. Persons in recovery should be involved at every level of the system, from administration to service delivery.

3. Focus on individual as a whole person, while including and/or developing natural supports

A person in recovery is held as nothing less than a whole being: capable, competent, and respected for their opinions and choices. As such, focus is given to empowering the greatest possible autonomy and the most natural and

well-rounded lifestyle. This includes access to and involvement in the natural supports and social systems customary to an individual's social community.

4. Empower individuals taking steps towards independence and allowing risk taking without fear of failure
A person in recovery finds independence through exploration, experimentation, evaluation, contemplation and action. An atmosphere is maintained whereby steps toward independence are encouraged and reinforced in a setting where both security and risk are valued as ingredients promoting growth.
5. Integration, collaboration, and participation with the community of one's choice
A person in recovery is a valued, contributing member of society and, as such, is deserving of and beneficial to the community. Such integration and participation underscores one's role as a vital part of the community, the community dynamic being inextricable from the human experience.
Community service and volunteerism is valued.
6. Partnership between individuals, staff, and family members/natural supports for shared decision making with a foundation of trust
A person in recovery, as with any member of a society, finds strength and support through partnerships. Compassion-based alliances with a focus on recovery optimization bolster self-confidence, expand understanding in all participants, and lead to the creation of optimum protocols and outcomes.
7. Persons in recovery define their own success
A person in recovery -- by their own declaration -- discovers success, in part, by quality of life outcomes, which may include an improved sense of well-being, advanced integration into the community, and greater self-determination. Persons in recovery are the experts on themselves, defining their own goals and desired outcomes.
8. Strengths-based, flexible, responsive services reflective of an individual's cultural preferences
A person in recovery can expect and deserves flexible, timely, and responsive services that are accessible, available, reliable, accountable, and sensitive to cultural values and mores. A person in recovery is the source of his/her own strength and resiliency. Those who serve as supports and facilitators identify, explore, and serve to optimize demonstrated strengths in the individual as tools for generating greater autonomy and effectiveness in life.
9. Hope is the foundation for the journey towards recovery
A person in recovery has the capacity for hope and thrives best in associations that foster hope. Through hope, a future of possibility enriches the life experience and creates the environment for uncommon and unexpected positive outcomes to be made real. A person in recovery is held as boundless in potential and possibility.

Terms

638 Tribal Facility means a facility operated by an Indian tribe authorized to provide services pursuant to Public Law 93-638, as amended.

Action is the denial or limited approval of a requested service, including the type or level of service, a reduction, suspension or termination of a service someone has been receiving, the denial, in whole or part of payment for a service, the failure to provide services in a timely manner, the failure to act within established timeframes for resolving an appeal or complaint and providing notice to affected parties, and , the denial of the Title XIX/XXI eligible person's request to get services outside the network when services are not available within the provider network.

Advance Directive is a written instruction telling your wishes about what types of care you do or do not want.

Appeal is a formal request to review an action or decision related to your behavioral health service that you can file if you are not happy with an action, or adverse decision for persons determined to have a Serious Mental Illness, taken by a provider or [T/RBHA insert T/RBHA name here].

Approval of services is the process used when certain non-emergency services have to be approved before you can get them.

Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) is the state agency that oversees the use of federal and state funds to provide behavioral health services.

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) is the state agency that oversees the Title XIX (Medicaid), Title XXI (KidsCare) and Arizona Long Term Care Services (ALTCS) programs.

Auricular Acupuncture is provided by a certified acupuncturist practitioner, who uses auricular acupuncture needles to treat alcoholism, substance abuse or chemical dependency.

Behavioral health provider is whom you choose to get behavioral health services from. It can include doctors, counselors, other behavioral health professionals/technicians and behavioral health treatment centers.

Clinical Team Is a team of individuals whose primary function is to develop a comprehensive and unified service or treatment plan for an enrolled person. The team may include an enrolled person, members of the enrolled person's family, health, mental health or social service providers including professionals representing disciplines related to the person's needs, or other persons that are

not health, mental health or social service providers identified by the person or family. Clinical teams include Child and Family Teams and Adult Clinical Teams.

Complaint is the expression of dissatisfaction with any aspect of your care that is not an action that can be appealed.

Consent to treatment is giving your permission to get services.

Cost sharing refers to a RBHA's responsibility for payment of applicable premiums, deductibles and co-payments.

Emergency Medical Condition is a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in: a) placing the patient's health (or, with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy; b) serious impairment to bodily functions; or c) serious dysfunction of any bodily organ or part.

Enrolled is the process of becoming eligible to receive public behavioral health services.

Expedited appeal is an appeal that is processed sooner than a standard appeal in order to not seriously jeopardize the person's life, health or ability to attain, maintain or regain maximum functioning.

Grievance/Request for Investigation is for persons determined to have a Serious Mental Illness when they feel their rights have been violated.

Indian Health Service (IHS) means the bureau of the United States Department of Health and Human Services that is responsible for delivering public health and medical services to American Indians and Alaskan Natives throughout the country. The federal government has direct and permanent legal obligation to provide health services to most American Indians according to treaties with Tribal Governments.

Member is a person enrolled with a T/RBHA to get behavioral health services.

Notice of Action is the notice you get of an intended action or adverse decision made by the T/RBHA or a provider regarding services.

Power of Attorney is a written statement naming a person you choose to make health care or mental health decisions for you if you cannot do it.

Provider Network is a group of providers that contract with the T/RBHAs to provide behavioral health services. Some counties may have a limited number of providers in their provider network to choose from.

Referral is the process (oral, written, faxed or electronic request) by which your provider will “refer” you to a provider for specialized care.

Regional Behavioral Health Authority (RBHA) is the agency under contract with ADHS to deliver or arrange for behavioral health services for eligible persons within a specific geographic area.

Restraint means personal restraint, mechanical restraint or drug used as a restraint. Personal restraint is the application of physical force without the use of any device, for the purpose of restricting the free movement of a behavioral health recipient's body. Mechanical restraint is any device, article, or garment attached or adjacent to a behavioral health recipient's body that the person cannot easily remove and that restricts the person's freedom of movement or normal access to the person's body. Drug used as a restraint is a pharmacological restraint that is not standard treatment for a behavioral health recipient's medical condition or behavioral health issue and is administered to manage the behavioral health recipient's behavior in a way that reduces the safety risk to the person or others or temporarily restrict the behavioral health recipient's freedom of movement.

Seclusion is the involuntary confinement of a behavioral health recipient in a room or an area from which the person cannot leave or which a person reasonably believes prevents him/her from leaving.

Serious Mental Illness (SMI) is a condition of persons who are eighteen years of age or older and who, as a result of a mental disorder as defined in A.R.S. § 36-501, exhibit emotional or behavioral functioning which is so impaired as to interfere substantially with their capacity to remain in the community without supportive treatment or services of a long -term or indefinite duration. In these persons mental disability is severe and persistent, resulting in a long-term limitation of their functional capacities for primary activities of daily living such as interpersonal relationships, homemaking, self-care, employment and recreation.

Service Prioritization is the process by which the T/RBHAs must determine how available state funds are used.

Title XIX (Medicaid; may also be called AHCCCS) is medical, dental and behavioral health care insurance for low-income persons, children and families.

Title XXI (KidsCare; may also be called AHCCCS) is medical, dental and behavioral health care insurance for children under 19 years of age with low income, no other insurance and who are not eligible for Title XIX (Medicaid).

Traditional Healing Services for mental health or substance abuse problems are provided by qualified traditional healers. These services include the use of routine or advanced techniques aimed to relieve the emotional distress that may be evident by disruption of the person's functional ability.

Tribal Regional Behavioral Health Authority (TRBHA) is an American Indian tribe under contract with ADHS to deliver or arrange for behavioral health services for eligible persons who are residents of the Federally recognized Tribal Nation.

TABLA DE CONTENIDO	PÁGINA
Bienvenido a [T/RBHA insert T/RBHA name here]	3
Declaración sobre los Términos	4
¿Cómo puedo obtener servicios en una emergencia o crisis?	5
¿Qué clase de recursos están disponibles?	6
¿Cómo puedo obtener información por escrito y servicios de interpretación oral en mi idioma?	10
¿Cómo es que [T/RBHA insert T/RBHA name here] se asegura de que mis valores y creencias están siendo considerados cuando me han sido ofrecidos los servicios y mientras que he estado recibiendo servicios? ...	12
¿Qué es cuidado administrado?	12
¿Cómo me puedo poner en contacto con Servicios para Miembros de [T/RBHA insert T/RBHA name here]?	13
¿Qué sucede después de que me sea asignada una T/RBHA o que esté inscrito con [T/RBHA insert T/RBHA name here]?	14
¿Qué es una red de proveedores?	16
¿Cómo escojo a un proveedor?	17
¿Tengo que pagar por los servicios de salud mental que reciba?	18
¿Qué pasa si tengo seguro de salud?	22
Cobertura de Medicare	22
El Programa de Subsidio de Ingresos Limitados/The Limited Income Subsidy Program (LIS)	23
¿Cuáles servicios de salud mental están disponibles para mí?	25
¿Puedo obtener transporte para ir a mi cita?	32
¿Qué es una aprobación de servicios y cuáles son mis derechos de notificación?	33
¿Qué es una remisión con otro proveedor?	36
¿Quién es elegible para recibir servicios de salud mental?	37
¿Qué servicios puedo obtener si no soy elegible para AHCCCS?	37
¿Qué sucede si me cambio de casa/ domicilio?	40
¿Qué es el consentimiento para tratamiento?	41
¿Es privada la información sobre mi salud mental?	42
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades mientras recibo servicios de salud mental?	44
¿Qué es un representante designado?	47
¿Qué puedo hacer si tengo una queja sobre mi cuidado?	48
¿Qué es una apelación y cómo presento una?	49
Apelación para personas elegibles para AHCCCS bajo los Títulos XIX/XXI51	
Apelaciones para personas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave	53
Apelaciones para personas a quienes se les ha determinado que no padecen de ninguna Enfermedad Mental Grave y no son elegibles bajo los Títulos XIX/XXI	56
¿Qué es una Queja/Petición de Investigación para personas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave y cómo puedo	

presentarla?	58
¿Qué es fraude y abuso?	60
¿Qué es una instrucción anticipada de cuidados médicos?	61
¿Cuál es la Visión de Arizona con respecto a la prestación de servicios de salud mental?	62
Los Principios Guía Orientados Hacia La Recuperación Para la Prestación de Servicios de Salud Mental y Los Sistemas para Adultos Son:	63
Términos	65

Bienvenido a [T/RBHA insert T/RBHA name here]

[T/RBHA insert applicable information about organization, member handbook, Web site, etc.]

Si quiere más información acerca del contenido de éste manual, por favor comuníquese con los servicios para miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name]** al **[T/RBHA insert toll free Member Services phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Declaración sobre los Términos

El Manual para Miembros tiene algunas palabras que no siempre son fáciles de entender. La sección de “Términos” define algunas de estas palabras. Quizá usted quiera consultar con la sección de “Términos” mientras lee el Manual para Miembros para así poder entender mejor cada sección.

¿Cómo puedo obtener servicios en una emergencia o crisis?

Para situaciones donde su vida esté en peligro siempre llame al **911**.

Para situaciones en las que su vida no corre peligro, y que sean relacionadas con salud mental, llame al **[T/RBHA insert specific information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

El transporte para una emergencia de salud mental podría estar disponible si llama al **[T/RBHA specific information, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Quizá necesite servicios de salud mental mientras esté fuera de su hogar y fuera del área de servicio de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**. A esto se le llama “cuidado fuera del área”. El cuidado fuera del área incluye solamente servicios de salud mental de emergencia a menos que **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** apruebe otros servicios. Usted tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otra instalación médica para cuidados de emergencia. Si usted quiere recibir servicios de salud mental que no son de emergencia fuera del área de servicio de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**, por favor llame al **[T/RBHA insert appropriate phone number and contact information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Si necesita cuidado fuera del área:

- Vaya al hospital o centro de crisis y pida ayuda;
- Pídale al hospital o centro de crisis que se comuniquen con **[T/RBHA insert T/RBHA name and toll free telephone number here]**;
- El hospital o centro de crisis se comunicará con **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** para aprobar la continuación de servicios de salud mental.

Si usted experimenta una condición de salud de emergencia, existen servicios de emergencia disponibles para usted. Los servicios de salud de emergencia no necesitan aprobación.

¿Qué clase de recursos están disponibles?

Hay organizaciones locales y nacionales que proporcionan recursos para personas con necesidades de salud mental y miembros de la familia encargados del cuidado de personas con necesidades de salud mental. Estas son algunas de ellas:

- NAMI Arizona (Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales de Arizona/Nacional Alliance on Mental Illness of Arizona) Teléfono: [T/RBHA, insert phone number(s) for your GSA(s)/community] Sitio en Internet: <http://www.namiaz.org>

NAMI Arizona mantiene una línea de ayuda que brinda información sobre enfermedades mentales, remisiones para tratamiento, servicios comunitarios y conexiones con consumidores locales y grupos de auto ayuda familiar a través de Arizona. NAMI Arizona proporciona apoyo emocional, educación y defensa para la gente de todas las edades, que se ven afectadas por enfermedades mentales.

- Centro para la Ley de Discapacidad de Arizona – Salud Mental/Arizona Center for Disability Law - Mental Health
Teléfono: 602-274-6287 (Phoenix servicio de voz o TTY); 1-800-927-2260 (Para todo el estado excepto en Phoenix)
Sitio en Internet: <http://www.acdl.com/mentalhealth.html>

El Centro para la Ley de Discapacidad de Arizona es un Sistema de Protección y Defensa diseñado al nivel federal para el Estado de Arizona. Los Sistemas de Protección y Defensa a través de los Estados Unidos aseguran que los derechos humanos y civiles de las personas con discapacidades estén protegidos. Los Sistemas de Protección y Defensa también están autorizados para buscar soluciones legales y administrativas en favor de las personas con discapacidades para asegurar el cumplimiento de sus derechos constitucionales y reglamentarios de acuerdo con los derechos estatutarios.

- Niños con Enfermedades Mentales en Situaciones de Riesgo/Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)
Teléfono: 602-253-1240; 520-882-0142; (Tucson); 928-726-2191 (Yuma); 928-245-4955 (En los condados Navajo y Apache)1-800-356-4543 (Línea gratuita).
Sitio en Internet: <http://www.mikid.org/>

MIKID proporciona apoyo y asistencia a familias en Arizona con niños, jóvenes y adultos jóvenes con problemas de salud mental. MIKID ofrece información sobre asuntos de los niños, acceso al Internet para padres, recomendaciones para los recursos, grupos de apoyo, conferencistas

educativos, ayuda en días festivos y cumpleaños para niños que se encuentran ubicados fuera de su hogar, y mentores voluntarios de padres a padres.

- División de Servicios de Salud Mental/Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Avenue, 2nd Floor
Phoenix, AZ 85007
Teléfono: 602-364-4558
Personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Servicio Relay de Arizona/Arizona Relay Service al 711 o 1-800-367-8939 si necesita ayuda para comunicarse con la División de Servicios de Salud Mental.
Sitio en Internet: <http://www.azdhs.gov/bhs/>

El Departamento de Servicios de Salud/Department of Health Services en la División de Servicios de Salud Mental/Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS por sus siglas en inglés) es la agencia estatal que regula el uso de fondos federales y estatales para proveer servicios de salud mental. Algunas oficinas dentro de DBHS le pueden prestar ayuda adicional:

DBHS servicios para miembros: 602-364-4558 o 1-800-421-2124

Oficina de Derechos Humanos:

Condados Maricopa, Pinal, o Gila: 602-364-4585 o 1-800-421-2124.

Condados Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham, Greenlee, Yuma o La Paz: 520-770-3100 o 1-877-524-6882

Condados Mohave, Coconino, Yavapai, Navajo y Apache: 1-928-214-8231 o 1-877-744-2250

Coordinador del Comité de Derechos Humanos: 602-364-4577 o 1-800-421-212

- Oficina de Otorgamiento de Licencias para Servicios de Salud Mental/Office of Behavioral Health Licensure (OBHL)
150 N. 18th Avenue, #410
Phoenix, AZ 85007
Teléfono: 602-364-2595
Sitio en Internet: <http://www.azdhs.gov/als/behavior/index.htm>

La Oficina de Otorgamiento de Licencias para Servicios de Salud Mental expide licencias y supervisa los centros de salud mental en todo el estado. Allí se investigan las quejas contra los centros que prestan servicios de salud mental y se realizan inspecciones en dichas instalaciones.

- Servicios de Protección para Adultos/Adult Protective Services (APS por sus siglas en inglés)
Departamento de Seguridad Económica/Department of Economic Security
Administración para los Adultos y la Vejez/Aging and Adult Administration
1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A
Phoenix, AZ 85007
Teléfono: 602-542-4446
Sitio en Internet: <https://www.azdes.gov/aaa/programs/aps/>

Se pueden presentar denuncias por abusos, negligencia y descuido de los adultos discapacitados y vulnerables de Arizona, las 24 horas del día, los 7 días de la semana en la línea directa del estado, 1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385); 1-877-815-8390 (TDD).

- Servicios de Protección Infantil/Child Protective Services (CPS por sus siglas en inglés)
P.O. Box 44240
Phoenix, AZ 85064-4240
Línea gratuita: 1-888-SOS-CHILD (1-888-767-2445)
Sitio en Internet: https://www.azdes.gov/child_protective_services/

El programa de Servicios de Protección Infantil recibe, selecciona e investiga alegatos de maltrato infantil y negligencia, realiza evaluaciones de la seguridad de los niños, analiza el riesgo inminente de daños a los niños y evalúa las condiciones que respaldan o rechazan el supuesto maltrato o negligencia y la necesidad de intervención de emergencia.

- El Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona/Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS por sus siglas en inglés)
801 E. Jefferson, MD 3400
Phoenix, AZ 85034
Phone: (602) 417-7000
Sitio en Internet: <http://www.MyAHCCCS.com/>

El Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona /The Arizona Health Care Cost Containment System (Se escribe AHCCCS y se pronuncia “access”) es el programa de Medicaid de Arizona. AHCCCS monitorea contratistas de planes de salud en la entrega de cuidados de salud para personas y familias que califican para el programa de Medicaid y otros programas de asistencia médica. AHCCCS también contrata con la División de Servicios de Salud Mental para la cobertura de servicios de salud mental.

- [T/RBHAs insert any additional local resources. Include name, phone numbers, Web site and a brief description of the agency.]

Si quiere saber más sobre los recursos que están disponibles en su comunidad, puede llamar a [T/RBHA insert T/RBHA name here] al [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]

¿Cómo puedo obtener información por escrito y servicios de interpretación oral en mi idioma?

Usted le puede pedir ayuda a **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** para asegurarse de:

- Que la información escrita esté disponible en su idioma o se pueda traducir en su lenguaje, para que usted la pueda entender;
- Que usted pueda localizar a los proveedores que hablan su idioma; y
- Que haya servicios de interpretación oral disponibles sin costo alguno para usted si es elegible para beneficios de AHCCCS y/o si a usted se le ha determinado con una enfermedad mental grave (SMI por sus siglas en Inglés).

Llame a **[T/RBHA specific information here. T/RBHA insert phone numbers, including a toll free number, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** para solicitar cualquiera de éstas opciones.

¿Cuáles son mis derechos en relación con los Intérpretes del Lenguaje de Señas y el uso de aparatos auditivos si soy sordo o tengo problemas auditivos?

Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, puede pedir que su proveedor de servicios le proporcione aparatos auditivos o le asigne un Intérprete de Lenguaje de Señas que esté capacitado para cumplir con sus necesidades. Es responsabilidad del proveedor de cuidado de salud proporcionar estos servicios, pero la solicitud se debe hacer de manera oportuna para que su proveedor de servicios pueda hacer los arreglos pertinentes.

Los aparatos auditivos incluyen transcripciones con aparatos computarizados, materiales escritos, aparatos o sistemas que le ayuden a oír, subtítulos y otros métodos efectivos para poner a disposición materiales auditivos a individuos que hayan perdido la audición.

Los Intérpretes del Lenguaje de Señas son profesionales capacitados que han sido certificados para proporcionar interpretación, usualmente en Lenguaje Americano de Señas (ASL) para personas con problemas de audición. Para encontrar una lista de intérpretes capacitados y reglas y regulaciones relacionadas con la profesión de intérpretes en el Estado de Arizona, por favor visite La Comisión de Arizona para Personas Sordas o con Problemas de Audición/Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing, en el Sitio en Internet: www.acdhh.org o llame al (602) 542-3323 (V/VP); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY).

¿Cuáles son mis derechos en relación con información impresa si tengo una discapacidad visual?

Si usted tiene una discapacidad visual, puede pedirle a su proveedor que tenga

disponible para usted en letra grande o formato agrandado éste manual para miembros, al igual que otros documentos tales como: avisos o formas de consentimiento entre otros. Su proveedor debe proporcionar éstos servicios, pero su solicitud se debe hacer de manera oportuna para que su proveedor de servicios pueda modificar los materiales para usted.

¿Cómo es que [T/RBHA insert T/RBHA name here] se asegura de que mis valores y creencias están siendo considerados cuando me han sido ofrecidos los servicios y mientras que he estado recibiendo servicios?

Sus tradiciones, su herencia, sus creencias religiosas o espirituales, el lenguaje y otros aspectos de la vida que usted valora con gran importancia para si o para su familia, define quien es usted y es parte de su “cultura”. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** anima a sus proveedores a entender la cultura de cada una de las personas que reciben los servicios, de tal manera que **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** pueda entenderlos, mantenerlos en el sistema y tratarlos adecuadamente. Su proveedor le pedirá que comparta ésta información para así poderle ayudar a determinar el mejor plan de tratamiento para usted o el miembro de su familia que lo necesita. Es muy importante que usted ayude a su proveedor de servicios a comprender lo que es valioso para usted y su familia, pues esto servirá para identificar servicios dirigidos a suplir sus necesidades específicas.

Asegúrese de discutir con su proveedor lo que usted y su familia, consideran es más importante, cuando se esté determinando su tratamiento y discutiendo sus metas. Si su proveedor de servicios entiende lo que usted quiere lograr, será más fácil que le ayuden a alcanzar sus metas.

[T/RBHA insert T/RBHA name here] trabaja con sus proveedores para comprender mejor las diferentes culturas y así, proveer los servicios de manera que sea sensible a la cultura. Usted puede ver el plan de Competencia Cultural de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** en la página en Internet **[T/RBHA insert direct link to Plan here]**.

¿Qué es cuidado administrado?

En Arizona, los servicios públicos de salud mental se proporcionan a través de un modelo de Cuidado Administrado. Esto significa que las personas que obtengan servicios de salud mental escogen a un proveedor que forma parte de un sistema. Las Autoridades Regionales de Salud Mental/Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs) y las Autoridades Regionales Tribales de Salud Mental/Tribal Regional Behavioral Health Authorities (TRBHAs) tienen que asegurar que los servicios de salud mental estén disponibles para sus miembros. Los miembros son personas inscritas con **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**.

Además de asegurarse que los servicios estén disponibles, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** debe supervisar la calidad del cuidado que se les da a los miembros y administrar su costo.

Para saber más sobre el sistema de prestación de servicios de salud mental de Arizona puede visitar el sitio en Internet del Departamento de Servicios de Salud de Arizona/División de Servicios de Salud Mental en el sitio en Internet <http://www.azdhs.gov/bhs/>.

¿Cómo me puedo poner en contacto con Servicios para Miembros de [T/RBHA insert T/RBHA name here]?

Los Servicios para Miembros están disponibles para ayudar a contestar sus preguntas. Los Servicios para Miembros le pueden ayudar a:

- Saber cómo hacerse miembro y obtener servicios de salud mental;
- Saber que servicios puede obtener;
- Encontrar a un proveedor, incluyendo los proveedores que proporcionan servicios después del horario normal.
- Obtener respuestas para sus preguntas; y
- Presentar una queja o hacer un comentario positivo sobre los servicios.

Los Servicios para Miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

Para ponerse en contacto y pedir ayuda a Los Servicios para Miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** por favor llame al: **[T/RBHA insert phone numbers, including a toll-free number, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Las oficinas de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** están ubicadas en: **[T/RBHA insert addresses]**.

¿Qué sucede después de que me sea asignada una T/RBHA o que esté inscrito con [T/RBHA insert T/RBHA name here]?

Las personas que son elegibles para recibir servicios de salud mental a través de AHCCCS son asignadas a una Autoridad Regional o Tribal de Salud Mental, basado en donde la persona reside. Los Indígenas Americanos, sin embargo, que han sido asignados a una TRBHA, pueden tener la opción de escoger si desean recibir los servicios ya sea de una TRBHA o de una RBHA. Usted ha sido asignado a [T/RBHA insert T/RBHA name here] porque usted reside en el área de servicios de [T/RBHA insert T/RBHA name here]. Usted continuará recibiendo servicios de [T/RBHA insert T/RBHA name here], a menos que usted se mueva a otra área dentro del estado en donde [T/RBHA insert T/RBHA name here] no preste los servicios. Las personas que no sean elegibles para recibir servicios de AHCCCS serán inscritos en una T/RBHA para recibir servicios de salud mental. La inscripción en una T/RBHA también se basa en el lugar que la persona reside.

[T/RBHA please describe what a member can expect after the initial appointment, including the information below regarding Clinical Teams. Describe how services will be determined. Will the member be assigned to a provider for ongoing services?]

Después de que se le haya asignado a [T/RBHA insert T/RBHA name here], usted será parte de un “equipo” para ayudarle a identificar sus necesidades de salud mental y a obtener servicios de salud mental. Al referirse a estos equipos se usa la expresión, equipos clínicos, o más específicamente, equipos del niño y la familia y equipos clínicos para adultos.

Qué es un equipo del niño y la familia?

El equipo del niño y la familia (CFT por sus siglas en inglés) es un grupo definido de personas que incluye, como mínimo, el niño y su familia, un representante de salud mental, y cualquier persona importante en la vida del menor y quienes han sido identificados e invitados a participar junto con el menor y su familia. Esto incluye, por ejemplo, maestros, familiares políticos o lejanos, amigos, personas que brindan apoyo a la familia, proveedores de salud, entrenadores, proveedores de recursos para la comunidad, representantes de iglesias o congregaciones, sinagogas y mezquitas, agentes de otras agencias como el servicio de protección a menores (CPS) o la división de discapacidades del desarrollo (DDD) etc. El tamaño, el alcance y la intensidad de la participación de los miembros están determinados por los objetivos establecidos por el niño, las necesidades de la familia que se proveen para el niño, y por lo cual se requiere que éstas personas desarrollen un plan de servicios eficaz, y de esa forma, se pueden expandir y contratar como sea necesario para que el plan sea exitoso en beneficio del niño.

Qué es un equipo clínico para adultos?

Un grupo de individuos trabajando juntos, quienes están activamente involucrados en la evaluación inicial, la planeación del servicio y la entrega del servicio para la

persona beneficiaria de los servicios. Como mínimo, el equipo consiste en la persona beneficiaria, su guardián (si es aplicable), y un representante de salud mental calificado. El equipo puede incluir a su vez, miembros de la familia, proveedores de servicios de salud física, mental o de servicios sociales, representantes de otras agencias que sirven a la persona, profesionales que representan disciplinas relativas a las necesidades de la persona, u otras personas identificadas por el beneficiario.

Usted puede cambiar su equipo, si así lo desea, para suplir sus necesidades y alcanzar las metas que se ha propuesto.

¿Qué son las “mejores prácticas” en la salud mental y cómo afectan las mejores prácticas los servicios que yo recibo?

Tanto ADHS/DBHS como su T/RBHA crean y apoyan las “mejores prácticas” en el cuidado de salud mental. Las mejores prácticas son maneras de prestarle los servicios que han demostrado ser útiles, con base en investigación y evaluación de éstas prácticas. Puede conocer más acerca de estas mejores prácticas al visitar los sitios web de ADHS/DBHS y T/RBHA. ADHS/DBHS tiene enlaces en línea con documentos de orientación clínica y protocolos de práctica clínica en <http://www.azdhs.gov/bhs/4providers.htm>. **[T/RBHA, insert reference to T/RBHA developed documents and web link here]**. Si desea recibir ésta información por correo, comuníquese con **[T/RBHA, insert contact information here]**. Las mejores prácticas cambian con el tiempo. Consulte los sitios web de ADHS/DBHS y de su T/RBHA para las actualizaciones o comuníquese con su T/RBHA para obtener información adicional.

¿Qué es una red de proveedores?

[T/RBHA insert a general description of your provider network].

Una lista de todos los proveedores disponibles, sus ubicaciones, números de teléfono y lenguajes en los que le pueden ayudar se puede encontrar en el sitio de Internet de **[T/RBHA insert direct link to online provider listing here]**. Si no tiene acceso a Internet en su casa, normalmente puede encontrar acceso gratis en las bibliotecas. También puede obtener una copia en papel de la lista de proveedores sin costo, llamando a **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** al **[T/RBHA insert toll free telephone number where people can call to get a paper copy of the provider listing, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Quizá algunos proveedores ya no acepten nuevos pacientes. Para saber cuáles proveedores de la red de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** ya no están aceptando nuevos pacientes, llame al **[T/RBHA insert name and toll free phone number where persons can find out which providers are not accepting new referrals, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Usted puede escoger cualquier hospital o cualquier otro centro de cuidado de emergencia. Sin embargo, hay ciertos centros de emergencia dentro de la red de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** que puedan ser más convenientes para su uso. Estos incluyen: **[T/RBHA insert list of locations of any emergency settings and other locations at which providers and hospitals furnish emergency services and post stabilization services covered under the contract, e.g. psychiatric urgent care centers]**.

La red de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** también incluye farmacias donde puede surtir sus recetas de medicamentos. Estas incluyen: **[T/RBHA insert list of pharmacy names, physical locations, and identification of pharmacy hours including after hours/weekends/holidays for filling prescriptions for psychotropic medications or include a link to an online listing here]**

¿Cómo escojo a un proveedor?

Una red de proveedores es un grupo de proveedores que trabajan con una T/RBHA y están disponibles para proporcionar servicios de salud mental.

[T/RBHA insert T/RBHA name here] le ayudará a escoger a un proveedor de la red de proveedores. Si usted quiere seleccionar un proveedor basado en su conveniencia, ubicación o preferencia cultural, por favor informe al área de servicios para miembros de [T/RBHA insert T/RBHA name here]. Usted va a necesitar contactar al proveedor para hacer, cambiar o cancelar sus citas. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a los Servicios para Miembros de [T/RBHA insert T/RBHA name here].

Si usted no está satisfecho con su proveedor, actual llame a los Servicios para Miembros de [T/RBHA insert T/RBHA name here] para discutir otras opciones disponibles.

Si usted está recibiendo servicios para el abuso de sustancias los cuales son financiados por el Subsidio Federal para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Sustancias/Substance Abuse Prevention and Treatment Federal Block Grant (SAPT por sus siglas en inglés), tiene el derecho de recibir servicios de un proveedor con cuyo carácter religioso usted no se opone. Si se opone al carácter religioso de su proveedor de servicios para el abuso de sustancias, puede pedir una referencia a otro proveedor de tratamiento para el abuso de sustancias. Usted recibirá una cita con el nuevo proveedor dentro de los 7 días siguientes a su petición, o antes, si su condición de salud mental lo requiere. El nuevo proveedor debe estar disponible para usted y proporcionarle servicios para el abuso de sustancias que sean similares a los servicios que estaba recibiendo con su proveedor anterior.

¿Tengo que pagar por los servicios de salud mental que reciba?

Los servicios que cubren el Título XIX (Medicaid) y el Título XXI (KidsCare) se pagan a través del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS por sus siglas en inglés), la agencia estatal de Medicaid. A las personas elegibles para estos programas algunas veces se les llama: elegibles para AHCCCS. A las personas elegibles para AHCCCS no se les puede cobrar por los servicios de salud mental cubiertos, con excepción de los copagos que se apliquen como se describe abajo.

Copagos para AHCCCS

A algunas personas que reciben beneficios de Medicaid a través de AHCCCS, se les solicita que paguen copagos por algunos de los servicios médicos que reciben de AHCCCS.

A las siguientes personas, nunca se les solicita que paguen copagos:

- Niños menores de 19 años;
- Personas a quienes se les ha determinado con una enfermedad mental grave (SMI) por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona;
- Personas hasta la edad de 20 años, elegibles para recibir servicios del Programa de Servicios de Rehabilitación para Niños;
- Personas que están en hogares de reposo, instalaciones residenciales como un Hogar de Vida Asistida (Assisted Living Home) o que reciben Servicios con Base en el Hogar o la Comunidad tales como cuidados de un ayudante o la enfermería domiciliaria;
- Personas que reciben cuidados de hospicio, conocidos en inglés como Hospice Care.

Adicionalmente, los copagos nunca serán cobrados a nadie por los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones;
- Servicios de Emergencia;
- Servicios de planeación familiar y suministros;
- Servicios de cuidado de salud relacionados con el embarazo, que incluyen tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas;
- Servicios pagados a una tasa por cada servicio prestado.

Cuota mínima de Copagos para algunos de los programas de AHCCCS

A la mayoría de personas que obtienen beneficios a través de AHCCCS se les solicita pagar las siguientes cuotas mínimas como copagos por servicios médicos:

Prescripciones/recetas médicas.	\$2.30
Servicios ambulatorios de terapia física, ocupacional y del lenguaje.	\$2.30

Visitas al médico y otras visitas de consulta externa para evaluación y manejo de su caso.	\$3.40
--	--------

Los proveedores de servicios médicos le solicitarán el pago de estos montos, pero NO le negarán servicios si usted no los puede pagar.

Personas que deben pagar copagos

Familias con niños que no son elegibles, debido a sus ingresos

Si una familia ya no es elegible para ningún programa bajo AHCCCS debido a sus altos ingresos recibidos por concepto de trabajo, ellos aún podrían recibir beneficios de AHCCCS a través del programa de Asistencia Médica de Transición (TMA por sus siglas en inglés). Las personas en TMA tienen que pagar copagos más altos por algunos servicios médicos y deberán pagar estos copagos para poder recibir éstos servicios.

Las familias que reciben beneficios de TMA tienen que pagar las siguientes tarifas como copagos:

Prescripciones/recetas médicas.	\$2.30
Visitas al médico y otras visitas de consulta externa para evaluación y manejo de su caso.	\$4.00
Servicios ambulatorios de terapia física, ocupacional y del lenguaje.	\$3.00
Servicios ambulatorios que no son de emergencia o procedimientos voluntarios quirúrgicos.	\$3.00

Las farmacias y los proveedores de servicios médicos pueden rehusarse a proveer servicios si los copagos no se realizan.

Una familia que recibe servicios de TMA no está obligada a hacer los copagos, si el valor total de los copagos efectuados es de más del 5% del ingreso familiar bruto (ingreso antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre calendario (Enero a Marzo, Abril a Junio, Julio a Septiembre, y de Octubre a Diciembre).

Por ejemplo, si una familia tiene un ingreso bruto de \$3,000, entonces para los meses de enero, febrero y marzo, la mayoría de copagos que la familia deberá pagar es el 5% de \$3000 = \$150. Si para febrero la familia ha pagado \$150 en copagos, la familia no tendrá que pagar más copagos por el resto del trimestre calendario.

Cuando una familia que recibe beneficios de TMA y piensa que ha pagado copagos que son equivalentes al 5% del ingreso trimestral total y AHCCCS no les ha informado de ésta situación, la familia deberá enviar copias de los recibos o cualquier otra prueba en donde se muestren las cantidades pagadas a AHCCCS a

la siguiente dirección: Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si usted está en este programa pero sus circunstancias han cambiado, contacte a su oficina local de DES y pídale que revisen su elegibilidad.

Otros adultos

Un adulto puede recibir beneficios de AHCCCS, a través del Programa de Cuidado de AHCCCS (AHCCCS Care). Un adulto está en dicho programa porque:

- No vive con un niño necesitado elegible para los servicios (Vea el Código Administrativo de Arizona R9-22-1427),
- No está embarazada, o
- No tiene 65 años de edad o más, o
- No está deshabilitado.

Las personas que están en el Programa de Cuidado de AHCCCS, tienen que pagar copagos más altos para algunos servicios médicos y deberán pagar dichos copagos para poder recibir los servicios. Las personas bajo el Programa de Cuidado de AHCCCS, deberán hacer los siguientes copagos para recibir los siguientes servicios:

Recetas genéricas y recetas de marca cuando no hay una genérica	\$4.00
Recetas de marca cuando hay una receta genérica que se puede usar	\$10.00
Uso de una sala de emergencias para una situación que no es de emergencia	\$30.00
Visitas al consultorio de un médico u otro proveedor para pacientes ambulatorios para evaluación y manejo de su cuidado	\$5.00

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden negar los servicios si no se realizan los copagos.

Si sus circunstancias han cambiado y piensa que no le corresponde estar en el programa de Cuidado de AHCCCS, contacte a su oficina local de DES y pídale que revisen su elegibilidad.

Copagos de ADHS/DBHS

A las personas que no califiquen para recibir servicios bajo los títulos XIX/XXI a quienes se les ha determinado con una enfermedad mental grave, puede que tengan que pagar por los servicios de salud mental que reciban. El valor del pago es una tarifa fija de \$3. Si usted tiene Medicare o seguro privado de salud, usted tendrá que pagar los \$3 de copago determinados por ADHS/DBHS, para recibir servicios que son cubiertos por ADHS/DBHS, o el copago que su seguro médico

requiere para esos servicios (si es menor de \$3). En otras palabras, usted no tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que AHDS/DBHS cubre, solo porque usted tenga otro seguro médico. Sin embargo, si usted está recibiendo estos servicios a través de su seguro médico, para servicios o medicamentos que AHDS/DBHS no cubre (Vea el cuadro de servicios disponibles en la página **[T/RBHA, insert correct page number here]**), usted será responsable por el pago de los copagos o cualquier otro valor que su seguro médico requiera.

Un servicio que no está cubierto es aquel que no está disponible para usted. Es un servicio que su proveedor no estableció o aprobó o es un servicio que no está cubierto por la T/RBHA. Los servicios que obtenga fuera de la red de proveedores no serán cubiertos, a menos que haya sido remitido por su proveedor. Si obtiene un servicio que no está cubierto, quizá tenga que pagar por éste.

Antes de la cita para recibir los servicios **[T/RBHA name here]** o su proveedor discutirá con usted cualquier pago que le corresponda.

¿Qué pasa si tengo seguro de salud?

Usted debe reportar cualquier seguro de salud que tenga, que no sea AHCCCS, a [T/RBHA insert T/RBHA name here] o a su proveedor. Esto incluye Medicare. Las personas con seguro de salud deben usar los beneficios de ese seguro de salud antes de que [T/RBHA insert T/RBHA name here] pague los servicios. A veces, [T/RBHA insert T/RBHA name here] puede pagar por el costo de sus copagos, mientras el costo por el servicio cubierto lo paga su seguro de salud. Esto puede ocurrir incluso aunque usted obtenga servicios fuera de la red de proveedores de [T/RBHA insert T/RBHA name here].

Si hay algún cambio en su seguro de salud debe reportar el cambio inmediatamente a [T/RBHA insert T/RBHA name here] o a su proveedor.

Cobertura de Medicare

Algunas personas tienen seguro de salud de Medicare y de AHCCCS. Si usted tiene Medicare y AHCCCS, debe decirle a [T/RBHA insert T/RBHA name here] o a su proveedor. Usted puede obtener algunos servicios de los proveedores de Medicare y algunos servicios de los proveedores de [T/RBHA insert T/RBHA name here]. Tal vez usted tenga que usar Medicare para algunos servicios de salud mental antes de usar su seguro de salud de AHCCCS. Si usted se encuentra en el Programa de Ahorro de Costos (conocido en inglés como MCS) de Medicare, sus copagos, primas, y/o deducibles puede que tengan que ser pagados por usted. [T/RBHA insert T/RBHA name here] o su proveedor le puede ayudar a encontrar cuáles servicios cubre Medicare y cuáles servicios le cubre el seguro de salud de AHCCCS.

En ocasiones, las personas con Medicare quieren obtener servicios de un proveedor que no trabaja con [T/RBHA insert T/RBHA name here]. A esto se le llama obtener servicios fuera de la red de proveedores de [T/RBHA insert T/RBHA name here]. Si decide obtener servicios de un proveedor fuera de la red de [T/RBHA insert T/RBHA name here], quizá tenga que pagar su copago de Medicare, prima y/o deducible. Esto no se aplica a servicios de emergencia, farmacia u otros servicios prescritos. Comuníquese con [T/RBHA insert T/RBHA name here] al [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] para más información sobre proveedores fuera de la red.

El 1º de enero de 2006 comenzó la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D/Medicare Part D Prescription Drug Coverage. AHCCCS no paga por los medicamentos recetados disponibles con Medicare Parte D para las personas que tienen Medicare y AHCCCS. Las Personas elegibles para Medicare tienen que obtener sus recetas para medicamentos por medio de un Plan de Medicare Parte D de Medicamentos Recetados/Medicare Part D Prescription Drug Plan (PDP) o por el Plan de prescripción de medicamentos "Medicare Advantage"/Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MA-PD). Estos planes

cubren tanto los medicamentos de marca registrada como los medicamentos genéricos. **Si usted tiene Medicare, pero no está inscrito en un Plan de Medicare Parte D de Medicamentos Recetados, AHCCCS no pagará por los medicamentos recetados que serían cubiertos por el Medicare Parte D. Es posible que deba pagar por sus medicamentos recetados usted mismo.** Si tiene preguntas sobre este cambio puede llamar al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) o visite el sitio en Internet www.medicare.gov. Si quiere ayuda para escoger un plan, puede llamar a **[T/RBHA insert names and toll free and local telephone numbers, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

Es posible que Medicare Parte D y AHCCCS no paguen por algunos de los medicamentos recetados. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** le puede ayudar a obtener los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare Parte D. Puede contactar a **[T/RBHA insert names and toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** para consultar sobre ésta ayuda para solicitar los medicamentos de su Plan de Medicare Parte D.

El Programa de Subsidio de Ingresos Limitados/The Limited Income Subsidy Program (LIS)

La Administración del Seguro Social/Social Security Administration (SSA) tiene un programa de Subsidio de Ingresos Limitados/Limited Income Subsidy Program (LIS) que proporciona ayuda para pagar el costo del beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Este programa, también conocido como “ayuda extra” pagará en todo en o parte del premio mensual, el deducible anual y co-seguro. Sin embargo, la “ayuda extra” no cubre el copago de usted para el Medicare Parte D de Medicamentos Recetados.

Si usted tiene ambos seguros de AHCCCS y Medicare, no tiene que solicitar la “ayuda extra”. Usted recibirá una notificación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid/Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) indicándole que recibirá “ayuda extra” y que no tiene que solicitarla.

Si usted está en un Programa de Ahorro de Costos de Medicare/Medicare Cost Saving Program (MCS) no tiene que solicitar la “ayuda extra.” Entre los programas MCS se incluyen:

- (QMB Únicamente (Beneficiario Calificado de Medicare/Qualified Medicare Beneficiary),
- (SLMB Únicamente (Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos/Specified Low Income Medicare Beneficiary),
- (QI-1 (Persona Calificada/Qualified Individual).

También recibirá una notificación de CMS indicándole que le fue aprobada la “ayuda extra” y que no tiene que solicitarla.

Otras personas tal vez podrán conseguir la “ayuda extra.” Si sus ingresos son

menos que el 150% del Nivel de Pobreza Federal/Federal Poverty Level (FPL) y si usted no tiene AHCCCS o un programa de MCS, usted tiene que solicitar la “ayuda extra.” Hay varias formas de solicitar la “ayuda extra.” La Administración del Seguro Social/Social Security Administration (SSA) tiene una aplicación en papel en inglés y español. Usted puede llenar la aplicación y enviarla a SSA. También puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Finalmente, puede solicitar la ayuda en el sitio de Internet de La Administración del Seguro Social <http://www.socialsecurity.gov>. Las solicitudes se encuentran disponibles en línea en 14 idiomas. Si necesita asesoría para solicitar la “ayuda extra” puede comunicarse con **[T/RBHA insert contact information here for behavioral health recipients who need assistance applying for the LIS, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

¿Cuáles servicios de salud mental están disponibles para mí?

Los servicios de salud mental ayudan a la gente a pensar, sentir y actuar de forma sana. Hay servicios para problemas de salud mental y hay servicios para el abuso de sustancias.

Usted puede obtener servicios basado en tres cosas:

- Su necesidad,
- La cobertura de su seguro de salud; y
- La aprobación de su proveedor, si se requiere.

No todos los servicios están disponibles para todos los miembros. Si desea ver las pautas que se usan para determinar la admisión, estadía continua y el plan para dar de alta, comuníquese con **[T/RBHA insert specific contact information on obtaining guidelines]**.

Usted decide junto con su proveedor de servicios o su equipo clínico cuáles servicios necesita. Quizá su proveedor o equipo clínico * de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** puede pedir la aprobación para un servicio para usted, pero la aprobación se le puede negar. Si se le niega una petición de servicios usted puede presentar una apelación. Para más información sobre cómo presentar una apelación, vea la sección llamada “¿Qué es una apelación y cómo presento una?”

Quizá usted y su proveedor no estén de acuerdo sobre los servicios que necesita. Si usted cree que necesita un servicio, pero su proveedor no, llame a **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** al **[T/RBHA insert toll free number here including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

La tabla **[abajo/en la siguiente página – T/RBHA insert specific location]** enlista los servicios de salud mental disponibles y cualquier límite que puedan tener. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** debe pagar sólo por los servicios de salud mental disponibles de la lista.

Cobertura de servicios para Indígenas Americanos

Los Indígenas americanos tienen opciones de donde obtener acceso a los servicios de Salud Mental, que incluye el recibir servicios a través de una de las Autoridades Regionales de Salud Mental (RBHA) que proporciona el servicio en el código postal donde usted reside o a través de una Autoridad Tribal Regional de Salud Mental. (TRBHA) que proporciona servicios a tribus específicas, o a través de servicios de salud Indígenas (IHS) y o establecimientos tribales 638 con programas de salud mental. Si usted recibe servicios a través de una RBHA o una TRBHA, estos servicios serán cubiertos por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona/División de Servicios de Salud Mental (ADHS/DBHS). Si usted es elegible bajo los títulos XIX/XXI y recibe servicios a través de una IHS o de un Establecimiento Tribal 638, el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de

* Equipos clínicos incluye, ambos, el equipo del niño y la familia y el equipo clínico para adultos.

Salud de Arizona (AHCCCS) pagará por estos servicios. Sin importar quien pague por éstos servicios, su TRBHA o el IHS o el establecimiento tribal 638, coordinarán el cuidado que usted reciba para asegurarse de que reciba todos los servicios de salud mental necesarios.

Un establecimiento tribal 638 significa un establecimiento que es propiedad de y administrado por una Tribu Indígena Americana autorizada para proveer servicios de acuerdo con la Ley Pública 93-638 corregida. Un establecimiento tribal 638 puede que no proporcione todos los servicios de salud mental cubiertos, por lo que ADHS/DBHS es responsable por la cobertura de algunos servicios:

- Servicios de salud mental para personas remitidas fuera de la reservación desde un establecimiento IHS o un establecimiento tribal 638; y
- Servicios de emergencia de salud mental proveídos a los beneficiarios Indígenas Americanos en un establecimiento que no pertenece al IHS o un establecimiento tribal 638.

Si usted no está seguro acerca de las opciones que eligió o si tiene preguntas acerca de cómo se coordinan sus servicios de salud mental, usted puede comunicarse con [T/RBHA, insert contact information here] al [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] para información adicional.

Cobertura de Medicamentos

[T/RBHA insert T/RBHA name here] tiene listas de medicamentos, llamadas formularios, que incluyen los medicamentos que están disponibles para usted a través de [T/RBHA insert T/RBHA name here]. Usted puede encontrar el formulario de [T/RBHA insert T/RBHA name here] y el Formulario de Medicamentos de ADHS/DBHS para las personas que no están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI en el sitio de Internet [T/RBHA insert link to online formulary here the ADHS/DBHS Non-Title XIX/XXI Formulary is online at <http://azdhs.gov/bhs/updates/documents/NT19Formulary.pdf>]. Usted podría necesitar medicamentos que no se encuentran en los formularios, o usted podría necesitar aprobación para sus medicamentos. [T/RBHA, insert description of how a person is able to obtain medication not on the formularies and the process for obtaining approval for medications that require prior authorization, including a reference to notification and appeal rights].

Si va a su farmacia y no puede obtener su medicamento(s), llame a [T/RBHA, insert contact information here] al [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] para recibir ayuda.

Poblaciones Especiales

Poblaciones especiales incluyen grupos de personas que son elegibles para recibir servicios financiados por subvenciones federales. Estas subvenciones del Gobierno Federal incluyen las siguientes: Prevención y Tratamiento de Abuso de

Sustancias, conocido en inglés como SAPT, el Proyecto para Asistencia en la Transición de la Pobreza, conocido en Inglés como PATH, y Los Servicios de Salud Mental Comunitarios conocido en inglés como CMHS. Los fondos de la subvención SAPT son usados para tratamiento a largo plazo y servicios de apoyo para recuperación, para las siguientes personas, en orden de prioridad

- Mujeres embarazadas/adolescentes que usan drogas inyectadas;
- Mujeres embarazadas/adolescentes que usan sustancias;
- Otras personas que consumen drogas inyectadas;
- Mujeres y adolescentes que usan sustancias y que tienen niños dependientes y sus familias, incluyendo mujeres que están a punto de recobrar la custodia de sus hijos; y
- *Dependiendo de la disponibilidad de fondos-* todas las otras personas que sufren de un trastorno por el abuso de sustancias, sin importar su género, o cómo consuman las sustancias.

La subvención PATH proporciona fondos para servicios a personas o familias quienes:

- Son indigentes o están en inminente peligro de convertirse en indigentes; y
- Se les ha determinado con una enfermedad mortal grave; o;
- Tienen trastornos relacionados con el uso de sustancias y tienen una enfermedad mental grave.

Expansión de los esfuerzos de integrar a la comunidad, que incluye las siguientes poblaciones:

- Víctimas de violencia doméstica;
- Adultos mayores;
- Familias; y
- Jóvenes abandonados o que se han escapado de casa.

La subvención PATH proporciona los siguientes servicios y ayuda:

- Integración y educación comunitaria;
- Valoración y evaluaciones de campo;
- Ayuda en el proceso de inscripción/
- Ayuda para el transporte;
- Recibos de hotel en situaciones de emergencia;
- Ayuda para satisfacer necesidades básicas (ej. aplicar para AHCCCS, SSI/SSDI, estampillas para alimentos, coordinación para el cuidado de salud, etc.)
- Transición al sistema de manejo de caso de salud mental;
- Ayuda para obtener las prescripciones;
- Ayuda para ubicar estaciones para el frío o calor y estaciones de agua durante las alertas de extremo calor o frío;
- Ayuda para mudarse de casa; y
- Remisión para obtener servicios de alojamiento, ambos transicionales y

permanentes.

La subvención para Servicios de Salud Mental Comunitarios conocida en inglés como CMHS, proporciona fondos para establecer o expandir servicios con base en la comunidad, para las personas que no califican bajo los títulos XIX/XXI los servicios de salud mental que son reembolsables para niños con Problemas Emocionales Graves (SED por sus siglas en inglés) y adultos con enfermedades mentales graves (SMI).

Cambios en los beneficios de AHCCCS y ADHS/DBHS

Este manual y los cuadros en las páginas **[T/RBHA, insert page numbers here]** describen los servicios que puede obtener. Recibirá un aviso si hay cambios a los servicios que puede obtener. Este año, hay cambios en el cuidado de relevo. El cuidado de relevo se ofrece como un descanso temporal para que las personas encargadas del cuidado se tomen tiempo para ellos. El número de horas de cuidado de relevo disponibles para los adultos y niños que reciben beneficios de ALTCS o servicios de salud mental, se está reduciendo de 720 horas a 600 horas dentro de un periodo de 12 meses. Los 12 meses correrán del 1 de octubre al 30 de septiembre del siguiente año.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]
 SERVICIOS DE SALUD MENTAL DISPONIBLES

<u>SERVICIOS</u>		NIÑOS Y ADULTOS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI	<u>PERSONAS QUE NO ESTÁN CUBIERTAS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI, A QUIENES SE LES HA DETERMINADO CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE</u>
SERVICIOS DE TRATAMIENTO			
Consejería y Terapia de Salud Mental	Individual	Disponible	No disponible
	De grupo	Disponible	No disponible
	Familiar	Disponible	No disponible
Evaluación de Salud Mental Preliminar, Evaluación de Salud Mental y Pruebas Especializadas de Salud	Evaluación de Salud Mental Preliminar	Disponible	No disponible
	Evaluación de Salud Mental	Disponible	Disponible
	Exámenes Especializados	Disponible	No disponible
Otro Profesional	Curación Tradicional	No Disponible con fondos TXIX/XXI **	No disponible **
	Acupuntura Auricular	No Disponible con fondos TXIX/XXI **	No disponible **
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN			
Entrenamiento y Desarrollo de Habilidades	Individual	Disponible	No disponible
	De grupo	Disponible	No disponible
	Extendido	Disponible	No disponible
Rehabilitación Cognitiva		Disponible	No disponible
Servicios de Prevención/Promoción de la Educación sobre la Salud Mental		Disponible	No disponible
Servicios Psicoeducativos y Apoyo Continuo para mantener el empleo	Servicios Psicoeducativos	Disponible	No disponible
	Apoyo Continuo para mantener el empleo	Disponible	No disponible

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]
SERVICIOS DE SALUD MENTAL DISPONIBLES

SERVICIOS	NIÑOS Y ADULTOS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI	PERSONAS QUE NO ESTÁN CUBIERTAS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI, A QUIENES SE LES HA DETERMINADO CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
SERVICIOS MÉDICOS		
Servicios de Medicamentos***	Disponible	Disponible
Laboratorio, Radiología e Imágenes Médicas Reflejadas	Disponible	Disponible
Administración Médica	Disponible	Disponible
Terapia Electro-Convulsiva	Disponible	No disponible
SERVICIOS DE APOYO		
Administración de Casos	Disponible	No Disponible
Cuidado Personal	Disponible	No Disponible
Entrenamiento para Cuidado en el Hogar (Familia)	Disponible	No Disponible
Autoayuda/Servicios de Grupo	Disponible	No Disponible
Cuidado Terapéutico en un Hogar conocido en inglés como Home Care Training to Home Care Client (HCTC)	Disponible	No Disponible
Cuidado de Relevo Sin Entrenamiento Calificado****	Disponible	No Disponible
Ayuda para Alojamiento	No están disponibles con fondos de TXIX/XXI**	No Disponible para miembros nuevos
Lenguaje por señas o Servicios de Interpretación Oral	Se ofrece sin cargo	Se ofrece sin cargo
Servicios de Fondos Flexibles	No están disponibles con fondos TXIX/XXI**	No Disponible**
Transporte	Emergencia	Disponible
	No-emergencia	Disponible

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

[T/RBHA insert T/RBHA name here and T/RBHA-specific Available Service Matrix, if different than template matrix and approved]

SERVICIOS DE SALUD MENTAL DISPONIBLES

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE CRISIS		NIÑOS Y ADULTOS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI	<u>PERSONAS QUE NO ESTÁN CUBIERTAS BAJO LOS TÍTULOS XIX/XXI, A QUIENES SE LES HA DETERMINADO CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE</u>
Intervención de Crisis – Móvil		Disponible	Disponible
Intervención de Crisis – Teléfono		Disponible	Disponible
Servicios de Crisis – Estabilización		Disponible	Disponible
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN			
Hospital		Disponible	Se proveen si hay fondos disponibles
Instalación de cuidado no intensivo		Disponible	Se proveen si hay fondos disponibles
Centro de Tratamiento Residencial		Disponible	Se proveen si hay fondos disponibles
SERVICIOS RESIDENCIALES			
Instalaciones Residenciales de Salud Mental	Nivel II	Disponible	No disponible
	Nivel III	Disponible	Se proveen si hay fondos disponibles
Hospedaje y Alimentaciones		No Disponible con fondos del TXIX/XXI *	No disponible
PROGRAMAS DIARIOS DE SALUD MENTAL			
Día Supervisado		Disponible	No disponible
Día Terapéutico		Disponible	No disponible
Día Médico		Disponible	No disponible

Limitaciones:

* Servicios no disponibles con fondos de subvenciones federales, por favor vea la sección de poblaciones especiales en la página [T/RBHA, insert page number here].

** Servicios no disponibles con fondos de TXIX/XXI, pero se pueden proporcionar con fondos de las subvenciones si están disponibles.

*** Los servicios de medicamentos están limitados solo para beneficiarios que tienen Medicare.

**** Cuidado de Relevo Sin Entrenamiento Calificado – El cuidado de relevo se ofrece como un descanso temporal para que las personas encargadas del cuidado se tomen un tiempo para ellas. El número de horas de cuidado de relevo disponibles para los adultos y los niños que reciben beneficios de ALTCS o servicios de salud mental se está reduciendo de 720 horas a 600 horas dentro de un periodo de 12 meses. Los 12 meses correrán del 1 de octubre al 30 de septiembre del siguiente año.

¿Puedo obtener transporte para ir a mi cita?

Usted puede conseguir transporte de ida y vuelta para recibir servicios que no sean de emergencia. Comuníquese con **[T/RBHA specific information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** y pregunte si puede obtener transporte.

El transporte durante una emergencia no necesita aprobación previa. Llame al **[T/RBHA insert specific information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** para transporte en una emergencia o crisis.

¿Qué es una aprobación de servicios y cuáles son mis derechos de notificación?

Usted y su proveedor de servicios o equipo clínico* van a trabajar juntos para tomar decisiones sobre los servicios que usted necesita. Los servicios de emergencia que sean requeridos por una condición médica de emergencia, no necesitan ser aprobados antes de que usted los reciba. Algunos servicios, por ejemplo, las admisiones en hospitales y otros servicios de hospitalización [T/RBHA insert information on other services requiring PA], requieren aprobación antes de que usted pueda obtenerlos, excepto que se trate de servicios de emergencia. Su proveedor o equipo clínico debe pedir la aprobación de estos servicios por parte de [T/RBHA insert specific information here identifying who does approval; RBHA, provider or ADHS/DBHS]. Si un servicio cubierto por el Título XIX/XXI que se incluye en su Plan de Servicios es rechazado, reducido o interrumpido, usted recibirá un aviso y tiene derecho a presentar una apelación. El proceso para presentar una apelación está descrito en la sección llamada “¿Qué es una apelación y cómo presento una?”

Sólo un médico capacitado para tratar su enfermedad puede negar un servicio para el cual su proveedor o equipo clínico están tratando de obtener aprobación.

Personas elegibles bajo los Títulos XIX/XXI:

Usted recibirá un aviso por escrito que le dirá si los servicios que están solicitando su proveedor o equipo clínico no están aprobados. Recibirá este aviso dentro de los siguientes 14 días de la fecha en que su proveedor o equipo clínico hayan pedido una aprobación normal o dentro de 3 días hábiles para la aprobación de solicitudes aceleradas. Acelerada significa que se necesita tomar la decisión más pronto debido a sus necesidades de salud mental.

El plazo en el que T/RBHA o el proveedor le debe avisar por escrito sobre su decisión acerca de los servicios solicitados se puede extender hasta por 14 días. Usted [T/RBHA insert T/RBHA name here] o el proveedor pueden pedir más tiempo. Si [T/RBHA insert T/RBHA name here] o el proveedor solicita más tiempo, usted recibirá un aviso por escrito diciéndole por qué se tomará más tiempo. Si usted no está de acuerdo con la extensión, puede presentar una queja con [T/RBHA insert T/RBHA name here] llamando al [T/RBHA insert contact information for filing a complaint, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]. Si no se ha tomado la decisión en el tiempo máximo permitido la autorización se considera negada en la fecha en que la fecha límite expira.

Si sus servicios cubiertos de salud mental son negados o si los servicios que ha estado recibiendo son interrumpidos, suspendidos o reducidos usted recibirá un Aviso de Acción. El Aviso de Acción es un documento por escrito que le dirá:

- El (los) servicio (s) que se va (n) a negar, reducir, suspender o cancelar;

* Equipos clínicos incluye, ambos, el equipo del niño y la familia y el equipo clínico para adultos.

- La razón por la que el (los) servicio (s) se va (n) a negar, reducir, suspender o cancelar y las bases legales para ésta acción;
- La fecha en que el (los) servicio (s) se van a reducir, suspender o cancelar;
- Su derecho a presentar una apelación;
- Cómo ejercitar su derecho a presentar una apelación
- Cuándo y cómo puede pedir una decisión acelerada si presenta una apelación y;
- Cómo pedir que sus servicios continúen durante el proceso de apelación.

Usted recibirá un Aviso de Acción 10 días antes de la fecha efectiva, si los servicios que usted solicitó han sido negados o si los servicios que usted ha estado recibiendo se reducirán, suspenderán o terminarán. Si el aviso de acción no le proporciona información acerca de lo que usted necesita saber, de cuál fue la decisión y por qué se tomó la decisión, en un lenguaje que sea entendible para usted, por favor llame a **[T/RBHA insert who/where they should contact, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** para pedir ayuda. El aviso de acción también se encuentra disponible en otros lenguajes y formatos si es que usted así lo requiere. Si el aviso de acción no es suficiente, un nuevo aviso de acción será emitido. Si el Aviso de Acción aún es insuficiente y el problema no ha sido resuelto por **[TRBHA insert TRBHA name here]**, usted se puede comunicar con la División de Administración Médica de AHCCCS al 602-417-4000, para registrar su queja.

Excepciones al requerimiento de Aviso de Acción de 10 días

Si hay sospechas de fraude, se enviará el aviso 5 días antes de que se le reduzcan, suspendan o terminen los servicios. Si se suspenden los servicios para pacientes hospitalizados que no son de emergencia como resultado del rechazo de una solicitud de hospitalización continua, se le enviará un Aviso de Acción con dos (2) días de anticipación.

Usted puede recibir un Aviso de Acción en menos de 10 días de la fecha efectiva en algunas otras situaciones, tales como:

- Si usted le dijo a su proveedor por escrito que ya no quiere los servicios;
- Su correspondencia se regresa y su proveedor no sabe dónde está usted;
- Si entra a una institución que lo hace inelegible para servicios o
- Se muda y obtiene servicios de Medicaid fuera de Arizona; o
- Si su médico recomienda un cambio en el nivel de cuidado de salud mental para usted.

Las personas a quienes se les ha determinado que tienen una Enfermedad Mental Grave:

Como una persona a quien se le ha determinado que tiene una Enfermedad Mental Grave, usted puede recibir otros avisos aparte del Aviso de Acción. Esto puede incluir un Aviso de Decisión y Derecho de Apelación. Usted recibirá este aviso cuando:

- Se haga la determinación inicial de Enfermedad Mental Grave;

- Se tome la decisión sobre las cuotas o la exoneración del pago de cuotas;
- Se haya desarrollado o revisado la Evaluación, Plan de Servicios o Tratamiento de Hospitalización y Plan para dar de Alta;
- Su Plan de Servicios se ha cambiado y cualquier servicio (s) que usted haya estado recibiendo se reduzca, suspenda o se termine o
- Si se determina que usted no tiene una Enfermedad Mental Grave.

Basado en los servicios de salud mental que recibe, usted puede recibir otros avisos sobre el proceso de Quejas y Apelaciones, sus derechos legales y que la discriminación no se permite.

Por favor llame a **[T/RBHA insert who/where they should contact, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]** para preguntas sobre la aprobación de servicios y sus derechos de notificación.

¿Qué es una remisión con otro proveedor?

Quizá usted o su proveedor pueden creer que usted necesita cuidado especializado de otro proveedor de salud mental. Si eso sucede, su proveedor le dará una remisión para ir a otro proveedor de cuidado especializado.

Usted puede llamar a **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o a su proveedor si cree que necesita una remisión para cuidado especializado.

Las personas elegibles para el Título XIX/XXI pueden obtener una segunda opinión. Ante el pedido de una persona elegible para el Título XIX/XXI, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** debe proveer una segunda opinión por parte de un profesional de la salud perteneciente a la red de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o bien debe hacer los arreglos necesarios para que la persona obtenga una opinión fuera de la red, sin costo alguno para ella. **[T/RBHA, insert contact information here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

¿Quién es elegible para recibir servicios de salud mental?

- Las personas elegibles para AHCCCS ya sea a través del Título XIX (Medicaid) o el Título XXI (KidsCare);
- Las personas que han sido determinadas con una Enfermedad Mental Grave; y
- Las personas que pertenecen a poblaciones especiales y que son elegibles para recibir servicios proveídos con fondos de subvenciones federales.

El Título XIX (Medicaid; también llamado AHCCCS) es un seguro para personas, niños y familias de escasos recursos. Paga por servicios médicos, dentales y de salud mental (para niños o jóvenes de hasta 21 años de edad).

El Título XXI (KidsCare; también llamado AHCCCS) es seguro para niños y jóvenes menores de 19 años de edad que no tienen seguro y no son elegibles para los beneficios del Título XIX. Este título incluye el pago por servicios médicos, dentales y de salud mental.

[T/RBHA insert T/RBHA name here] o su proveedor le hará preguntas que le ayuden a saber si es elegible para los beneficios de AHCCCS. Si es así, le pueden ayudar a llenar una solicitud de AHCCCS.

Una Enfermedad Mental Grave es un trastorno mental en personas de 18 años de edad o mayores, es severo y persistente. Las personas pueden estar tan afectadas que no pueden permanecer en la comunidad sin tratamiento y/o servicios. [T/RBHA insert T/RBHA name here of who would do a Serious Mental Illness determination- T/RBHA or a provider] hará una determinación sobre la Enfermedad Mental Grave a petición o debido a una remisión.

¿Qué servicios puedo obtener si no soy elegible para AHCCCS?

Servicios de Crisis

Usted puede recibir servicios de crisis, incluso si no es elegible para recibir servicios bajo los Títulos XIX/XXI (Ej., no elegible para AHCCCS) o que se le haya determinado con una Enfermedad Mental Grave. Los servicios de crisis que están disponibles para usted incluyen:

- Servicios telefónicos para crisis, incluyendo un número gratuito, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana [T/RBHA, insert numbers here];
- servicios móviles de intervención de crisis, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Servicios de observación/estabilización hospitalaria por 23 horas, incluyendo servicios de desintoxicación, y como lo permitan los fondos hasta 72 horas adicionales para estabilización de crisis [T/RBHA, insert additional information here]; y

- Servicios de crisis relacionados con el abuso de sustancias, incluyendo servicios de seguimiento para estabilización.

Si usted no es elegible bajo los Títulos XIX/XXI, usted recibirá medicamentos genéricos descritos en el [Formulario de ADHS/DBHS para personas que no califican bajo los Títulos XIX/XXI](#).

Servicios para personas que no califican bajo los Títulos XIX/XXI y a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave (SMI)

Si usted es una persona que no califica bajo los títulos XIX/XXI y se le ha determinado con una SMI, usted es elegible para un beneficio de solo medicamentos. Esto significa que otros servicios diferentes de medicamentos y servicios relacionados con los medicamentos no están cubiertos. Usted continuará recibiendo los siguientes servicios:

- Servicios de Crisis, como se enumeran en la parte superior;
- Medicamentos genéricos contenidos en el [Formulario de ADHS/DBHS para personas que no califican bajo los Titulos XIX/XXI](#). Usted solo podrá recibir medicamentos genéricos (no de marca) contenidos en el formulario. Esto significa que los medicamentos de marcas reconocidas no serán cubiertos. Si usted desea obtener medicamentos de marcas reconocidas, usted deberá pagar por ellos de su propio dinero, (a no ser que tenga seguro médico y éste cubra los medicamentos de marca);
- Servicios de Laboratorio;
- Evaluaciones Siquiátricas;
- Citas de seguimiento siquiátricas para hablar acerca de sus medicamentos y asegurarse de que ésos son los medicamentos correctos para usted;
- Llamadas telefónicas entre el médico que le recetó los medicamentos y cualquier otro médico o enfermera (o), involucrados en el cuidado de su salud, para hablar acerca de su tratamiento con medicamentos; y
- Ayuda de enfermería (Enfermera (o) registrada y Enfermera (o) Profesional Licenciada (RN y LPN por sus siglas en Inglés) que ayuda a su médico en parte de los medicamentos.

Servicios de Vivienda/alojamiento

El servicio de apoyo para vivienda es aquel que ayuda a las personas a permanecer en su vivienda y a ser auto suficientes. Los servicios de apoyo de vivienda, pueden incluir ayuda con los pagos del gas, la renta y la electricidad, también, ayuda para evitar la evicción (lanzamiento). Para las personas que no califican bajo los Títulos XIX/XXI, y a quienes se les ha determinado con una SMI, que están actualmente recibiendo servicios de apoyo de vivienda, continuarán recibiendo estos servicios hasta que encuentren otro sitio en donde vivir que sea seguro y estable. Los miembros que actualmente reciben servicios de apoyo de vivienda, no serán lanzados de la propiedad. A partir del 3 de mayo de 2010 **[T/RBHA, insert T/RBHA name here]** dejó de proveer los servicios de apoyo de

vivienda para nuevos miembros que no califican bajo los Títulos XIX/XXI y a quienes se les ha determinado con una SMI. Para las personas elegibles y no elegibles bajo los Títulos XIX/XXI a quienes se les ha determinado con una SMI, que reciben servicios de vivienda en una institución residencial, puede que se les solicite el pago del cuarto y la alimentación.

Poblaciones Especiales

Algunas personas son elegibles para recibir servicios de salud mental que son financiados por subvenciones federales. Para más información acerca de éstos servicios y quienes son elegibles para recibir éstos servicios, por favor vaya a la página **[T/RBHA, insert page number here]**.

¿Qué sucede si me cambio de casa/ domicilio?

Si se cambia de casa, comuníquese a su Proveedor de servicios y a **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** de inmediato de tal manera que ellos puedan asegurar que usted continúe recibiendo sus servicios y/o medicamentos. Quizá tenga que cambiar de proveedor y/o T/RBHA. Si esto sucede, su proveedor le pedirá que firme una divulgación de información para que el nuevo proveedor y/o T/RBHA pueda transferir sus servicios. Se pueden mandar sus expedientes al nuevo proveedor una vez que usted haya dado su permiso por escrito. **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o su proveedor le puede ayudar con una remisión para un nuevo proveedor y/o T/RBHA.

Si usted es elegible bajo el Título XIX o el Título XXI, llame a la agencia donde solicitó esos beneficios para avisarles que se ha cambiado de casa y darles su nuevo domicilio. Algunos ejemplos podrían ser:

- AHCCCS (llame al 602-417-7100, en el Condado Maricopa, o al 1-800-334-5283, fuera del Condado Maricopa), o visite el enlace de la sección para miembros MyAHCCCS en la página www.MyAHCCCS.com para actualizar su dirección.
- Departamento de Seguridad Económica/Department of Economic Security (llame al 1-800-352-8168); o
- Administración del Seguro Social/Social Security Administration (1-800-772-1213).

¿Qué es el consentimiento para tratamiento?

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar los servicios de salud mental que se le ofrezcan. Si usted quiere obtener los servicios de salud mental ofrecidos, usted o su representante legal deben firmar un Formulario de “Consentimiento para Tratamiento” dando su permiso o el de su representante legal para que usted reciba servicios de salud mental. Cuando usted firme un Formulario de “Consentimiento para Tratamiento” también está permitiendo al Departamento de Servicios de Salud de Arizona/División de Servicios de Salud Mental (ADHS/DBHS) permiso para tener acceso a sus expedientes.

Para prestarle ciertos servicios, su proveedor necesita obtener su permiso. Quizá su proveedor le pida que firme un formulario o le dé permiso verbal para obtener un servicio específico. Se le dará información sobre el servicio para que decida si lo quiere o no. Un ejemplo sería si su proveedor le receta una medicina. Su proveedor le dirá los beneficios y riesgos de tomar la medicina y otras opciones para tratamiento. Su proveedor le pedirá que firme un formulario o le dé permiso verbal si quiere tomar la medicina. Informe a su proveedor si tiene preguntas o si no entiende la información que su proveedor le dio. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Su proveedor le explicará lo que ocurriría si decidiera retirar su consentimiento.

¿Mi información de salud mental es privada?

Hay leyes sobre quién puede ver la información sobre su salud mental con o sin su permiso. El tratamiento para el abuso de sustancias e información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, la información sobre el VIH / SIDA) no se puede compartir con otros sin su permiso por escrito.

A veces no se necesita su permiso para compartir su información sobre su salud mental para coordinar los servicios que recibe y el pago de los mismos. Esto puede incluir compartir la información con:

- Los médicos y otras agencias que le proporcionan servicios sociales, de salud o de bienestar;
- Su proveedor de cuidado médico primario;
- Ciertas agencias estatales involucradas en su cuidado y tratamiento, cuando sea necesario; y
- Miembros de su equipo clínico* involucrados en su cuidado.

En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información sobre salud mental con otras agencias, tales como las escuelas. Quizá se le pida su permiso por escrito antes de compartir su información.

Puede haber situaciones en las cuales quiera compartir su información sobre salud mental con otras agencias o ciertos individuos que le estén ayudando. En estos casos, usted puede firmar un Formulario de Autorización de Divulgación de Información, el cual establece que su expediente o ciertas partes limitadas de su expediente, pueden divulgarse a los individuos o agencias que usted mencione en el formulario. Para más información sobre el Formulario de Autorización de Divulgación de Información, llame a [T/RBHA insert T/RBHA name here] al [T/RBHA insert toll free phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

Usted puede pedir ver la información de salud mental en su expediente médico. También puede pedir que se cambie el expediente si no está de acuerdo con su contenido. Usted también puede recibir una copia gratuita por año, de su expediente médico. Contacte a su proveedor o a [T/RBHA insert T/RBHA name here] para pedir ver su expediente médico o recibir una copia. [T/RBHA insert specific information of where they should call, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de 30 días. Si recibe una negación a su solicitud por escrito, se le proporcionará la información sobre la razón para negar su solicitud para obtener su expediente médico.

Excepciones a la Confidencialidad

Algunas veces no podemos mantener la confidencialidad de la información. La siguiente información no está protegida por la ley:

* Equipos clínicos incluye, ambos, el equipo del niño y la familia y el equipo clínico para adultos.

Si usted comete un delito o amenaza con cometerlo mientras se encuentra en el programa o contra cualquier persona que trabaje en el programa, nosotros tenemos la obligación de llamar a la policía. Si usted tiene planeado lastimar a otra persona, debemos informar a esa persona para que pueda protegerse. También tenemos la obligación de llamar a la policía. Además debemos informar a las autoridades locales si tenemos sospechas de maltrato infantil.

Si existiera el peligro de que usted pueda lastimarse a sí mismo, debemos tratar de protegerlo. Si esto sucede, tal vez necesitemos hablar con otras personas relacionadas con su vida o con otros proveedores de servicios (Ej., hospitales y otros consejeros) a fin de protegerlo. Sólo se divulgará la información que sea necesaria para mantenerlo seguro.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades mientras recibo servicios de salud mental?

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado justamente y con respeto sin importar la raza, grupo étnico, religión, discapacidad mental o física, sexo, edad, preferencia sexual o capacidad para pagar;
- Participar en las decisiones concernientes al cuidado de su salud mental y participar en la elaboración de su Plan de Servicios;
- Incluir en su tratamiento a cualquier persona que desee;
- Que su información de salud protegida se mantenga en forma privada;
- Recibir servicios en un lugar seguro;
- Hacer una instrucción anticipada de cuidados médicos;
- Aceptar o rechazar los servicios de tratamiento, a menos que los servicios hayan sido ordenados por una corte;
- Obtener información en su propio idioma o que se la traduzcan;
- Presentar una queja acerca del Departamento de Servicios de Salud de Arizona;
- Presentar un reclamo, apelación o queja sin ser castigado;
- Recibir buena atención de los proveedores que saben cómo brindarle cuidado;
- Escoger a un proveedor dentro de la Red de Proveedores;
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado en un sentido de coerción, disciplina, conveniencia o retaliación.
- Ejercer sus derechos sin una acción negativa por parte del Departamento de Servicios de Salud de Arizona ADHS o de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** y
- Los mismos derechos civiles y legales que cualquier otra persona.

Usted también tiene el derecho a pedir y obtener la siguiente información en cualquier momento:

- Recibir el Manual para Miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** al menos anualmente.
- El nombre, ubicación y número de teléfono de los proveedores contratados actualmente en su área de servicio que hablen otro idioma que no sea el inglés y el nombre del (los) idioma(s) que se hable(n);
- El nombre, ubicación y número de teléfono de proveedores contratados actualmente en su área de servicio que no están aceptando nuevos pacientes;
- Cualquier restricción a su libertad de escoger dentro de la red de proveedores;
- Sus derechos y protecciones;
- Una descripción de cómo se proporciona cobertura de emergencia después de horas;

- Una descripción de lo que constituye una condición médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de post estabilización;
- El proceso y procedimientos para obtener servicios de emergencia, incluyendo el uso del sistema de teléfono 911 o su equivalente local;
- La ubicación de proveedores y hospitales que prestan servicios de emergencia y de post estabilización;
- Su derecho a usar cualquier hospital u otro lugar de servicios de emergencia;
- Su derecho a obtener servicios de emergencia sin previa autorización;
- La cantidad, duración y alcance de sus beneficios;
- El proceso para obtener servicios, incluyendo los requisitos de aprobación y el criterio utilizado para tomar las decisiones sobre los servicios que usted puede recibir;
- Cómo y en qué medida puede obtener beneficios de proveedores de fuera de la red;
- Las reglas para el servicio de cuidado de post estabilización;
- Compartir los costos, si hay alguno;
- Cómo y dónde tener acceso a los beneficios disponibles incluyendo cualquier costo que deba ser compartido y cómo puede ser proporcionado el servicio de transporte;
- Instrucciones anticipadas de cuidados médicos;
- La estructura y operación del Departamento de Servicios de Salud de Arizona/División de Servicios de Salud Mental (ADHS/DBHS) o los contratistas de ADHS/DBHS;
- Planes de incentivos a los médicos (incluyendo el efecto del plan sobre el uso de los servicios de remisión, los tipos de arreglos de compensación que utiliza el plan, si se requiere un seguro de exceso de pérdida y resultados de las encuestas a los miembros) ;
- Los procedimientos y plazos para presentar quejas, apelaciones y audiencias justas.

Para pedir cualquiera de esta información, llame a **[T/RBHA insert T/RBHA name and toll free contact phone number here, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].**

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Usted tiene la responsabilidad de:

- Dar la información necesaria a sus proveedores para su cuidado;
- Seguir las instrucciones y reglamentos de sus proveedores;
- Saber el nombre de su proveedor, manejador/gerente de caso;
- Programar las citas durante las horas regulares de oficina cuando sea posible para limitar el uso de la Sala de Urgencias y las instalaciones de la Sala de Emergencias;
- Llegar a tiempo a las citas; y
- Avisar a los proveedores si tiene que cancelar una cita, antes de la hora programada.

- Participar en la creación de su Plan de Servicios;
- Conocer sus derechos;
- Ayudar en el proceso hacia su recuperación;
- Cuidarse a si mismo; y
- Tratar a los demás con respeto y trabajar en cooperación con los demás.

Las personas elegibles bajo el Título XIX/XXI son responsables por:

- Proteger su tarjeta de identificación;
- No hacer mal uso de su tarjeta de identificación, incluyendo prestarla, venderla o entregar su tarjeta a otras personas, lo que puede resultar en la pérdida de su elegibilidad o en una acción legal; y
- Mantener y no deshacerse de su tarjeta de identificación

¿Qué es un representante designado?

Defender sus derechos puede ser un trabajo difícil. A veces ayuda tener a una persona con usted que apoye su punto de vista. Si se ha determinado que usted padece de una Enfermedad Mental Grave, usted tiene el derecho a tener a un representante designado que le ayude a proteger sus derechos, y ser vocero de los servicios que necesita.

¿Quién es un representante designado?

Un representante designado puede ser un parent, tutor, amigo, compañero defensor, familiar, defensor de los derechos humanos, miembro del Comité de Derechos Humanos, un defensor del sistema de Protección y Defensa del Estado o cualquier otra persona que pueda ayudarle a proteger sus derechos y expresar sus necesidades de servicio.

¿Cuándo me puede ayudar un representante designado?

Usted tiene el derecho a tener a un representante designado que le ayude a proteger sus derechos y expresar sus necesidades de servicio durante cualquier reunión sobre su Plan de Servicios o Tratamiento de Hospitalización y Plan para dar de Alta. Su representante designado también debe recibir un aviso por escrito con la hora, fecha y ubicación de las reuniones del Plan de Servicios, Tratamiento de Hospitalización y Plan para dar de Alta, y su representante designado debe ser invitado a las reuniones del Plan de Tratamiento Individual y Plan para dar de Alta.

Usted tiene el derecho a tener a un representante designado que le ayude a presentar su apelación del tratamiento que recibió, Plan de Servicios, Tratamiento de Hospitalización y Plan para dar de Alta o asistir a la conferencia informal o audiencia administrativa para proteger sus derechos y expresar sus necesidades de servicio.

Usted tiene el derecho a tener a un representante designado que le ayude a presentar una queja. Un representante designado también puede asistir a la junta con el investigador, la conferencia informal o una audiencia administrativa con usted para proteger sus derechos y expresar sus necesidades de servicio.

Si usted tiene preguntas sobre los representantes designados, llame a [T/RBHA insert T/RBHA name and toll free number for information on designated representatives, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)] o al Oficina de Derechos Humanos/Office of Human Rights del ADHS/DBHS al 602-364-4585 o 1-800-421-2124. Personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Servicio Relay de Arizona/Arizona Relay Service al 711 o 1-800-367-8939 si necesita ayuda para comunicarse con la División de Servicios de Salud Mental..

¿Qué puedo hacer si tengo una queja sobre mi cuidado?

Si no está conforme con el cuidado que está recibiendo trate de resolver cualquier problema al nivel más bajo posible hablando con su proveedor o **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**.

¿Qué es una queja formal y cómo presento una?

Una queja formal es cuando usted no está conforme con algún aspecto de su cuidado. Las razones para las quejas pueden incluir cosas como:

- La calidad de cuidado o servicios que obtiene;
- Un desacuerdo con la negación de procesar una apelación en forma acelerada;
- La falla del proveedor para respetar los derechos de la persona; o
- Que un proveedor o uno de sus empleados haya sido irrespetuoso con usted.

Las quejas formales pueden ser presentadas verbalmente o por escrito. Usted puede llamar o escribir a **[T/RBHA insert T/RBHA name, phone numbers and address here for complaints to be received, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**.

Si usted presenta su queja por escrito, será reconocida en ese momento. Para quejas presentadas por escrito, usted será notificado de que su queja fue recibida dentro de cinco (5) días laborales. La decisión con respecto a los resultados de su queja le será entregada en un tiempo razonable, pero dentro de los 90 días de que haya presentado su queja.

Algunos asuntos requieren que se presente una apelación en vez de una queja formal. Este proceso es descrito en la sección llamada, “¿Qué es una apelación y cómo presento una?” Estos asuntos abarcan:

- La negación o aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico*;
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio que ha estado recibiendo;
- La reducción, completa o en parte, de pagos por un servicio;
- El no proporcionar servicios de una manera oportuna;
- El no actuar dentro del tiempo establecido para resolver una apelación o queja; y
- La negación de una petición de servicios fuera de la red de proveedores cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

Si usted es una persona a quien se le ha determinado que padece de una enfermedad mental grave (SMI), usted puede presentar una queja/petición de investigación si usted siente que sus derechos han sido violados. Ver la sección

* Equipos clínicos incluye, ambos, el equipo del niño y la familia y el equipo clínico para adultos.

¿Qué es una Queja/Petición de Investigación para personas a quienes se les ha determinado que padecen de una Enfermedad Mental Grave y cómo puedo presentarla?, para más información.

¿Qué es una apelación y cómo presento una?

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una petición formal para revisar una acción o decisión relacionada con sus servicios de salud mental

Hay 3 tipos de apelaciones dependiendo de lo que se está apelando y quién está presentando la apelación. Los 3 tipos de apelación son:

- Apelaciones para personas elegibles en AHCCCS bajo los Títulos XIX/XXI;
- Apelaciones para personas a quienes se les ha determinado que padecen de una Enfermedad Mental Grave; y
- Apelaciones para personas que no están inscritas como personas con una Enfermedad Mental Grave y no son elegibles bajo los Títulos XIX/XXI.

Excepciones y apelaciones de Medicare Parte D

Todo plan de Medicare Parte D debe tener un proceso de excepciones y apelaciones. Si tiene la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D y presenta una solicitud de excepción o apelación, podría cubrirse un medicamento recetado que no está cubierto por su plan de Medicare Parte D. Comuníquese con su plan de Parte D si necesita ayuda con la presentación de una solicitud de excepción o apelación relacionada con su cobertura de medicamentos recetados.

¿Cómo presento una apelación?

Las apelaciones se pueden presentar oralmente o por escrito con **[RBHA insert RBHA name here; TRBHAs insert ADHS/DBHS]** dentro de 60 días de recibir el Aviso de Acción o el Aviso de decisión y el derecho de apelar. Un Aviso de Acción y un aviso de decisión y el derecho de apelar son documentos escritos en los que se le informa de un cambio en sus servicios. Una apelación acelerada se procesará más pronto que una apelación regular debido a las necesidades urgentes de salud mental de la persona que presenta la apelación. Llame a los Servicios para Miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o a su proveedor para ver si su apelación será acelerada.

Usted o su representante legal autorizado incluyendo un proveedor pueden presentar una apelación, puede presentar una apelación por usted con su permiso por escrito. También, se puede recibir ayuda con la presentación de una apelación presentada por usted mismo.

Para presentar una apelación de forma oral o para recibir ayuda para presentar una apelación por escrito, llame al **[RBHA insert toll free number; T/RBHAs insert 602-364-4575 or 1-800-421-2124, including specialty phone lines for the**

hearing impaired (TTY)].

Para presentar una apelación por escrito, envíe por correo la apelación a [RBHA insert RBHA name and mailing address for written appeals; TRBHA insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007].

Usted recibirá un aviso por escrito diciendo que su queja ha sido recibida dentro de los siguientes 5 días hábiles. Si su apelación necesita acelerarse, usted recibirá un aviso de que su apelación se recibió dentro de 1 día hábil.

Apelación para personas elegibles para AHCCCS bajo los Títulos XIX/XXI

Si usted es elegible para AHCCCS bajo los Títulos XIX/XXI, usted tiene el derecho de solicitar una revisión de las siguientes acciones:

- La negación o aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico*;
- La reducción, suspensión o interrupción del servicio que ha estado recibiendo;
- La negación, completa o en parte, del pago por un servicio;
- El no proporcionar servicios de una manera oportuna;
- El no actuar dentro del plazo establecido para resolver una apelación o queja; y
- La negación de una petición de servicios fuera de la red de proveedores cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

¿Qué pasa después de que presente mi apelación?

Como parte del proceso de apelación, usted tiene el derecho a presentar evidencia que apoye su apelación. Usted puede proporcionar la evidencia a la RBHA o al ADHS/DBHS en persona o por escrito. Para prepararse para su apelación, puede examinar el archivo de su caso, expedientes médicos y otros documentos y expedientes que estén siendo considerados antes y durante el proceso de apelación siempre y cuando la revelación de esos documentos no esté protegida por la ley. Si quiere revisar estos documentos, llame a su proveedor o **[T/RBHA insert T/RBHA name here]**. La evidencia que presente ante la RBHA o ADHS/DBHS será considerada cuando se decida la resolución de la apelación.

¿Cómo se resuelve mi apelación?

La RBHA o ADHS/DBHS debe darle una decisión, llamada Aviso de Resolución de Apelación en persona o por correo certificado dentro de 30 días después de obtener su apelación para apelaciones regulares, o dentro de 3 días hábiles para apelaciones aceleradas. El Aviso de Resolución de Apelación es un documento escrito que le indica los resultados de su apelación.

El plazo dentro del cual la T/RBHA o proveedor le debe dar el Aviso de Resolución de Apelación se podría extender hasta por 14 días. Usted, **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o el proveedor puede pedir más tiempo para reunir más información. Si **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o el proveedor pide más tiempo, se le dará un aviso por escrito sobre la razón del retraso.

El Aviso de Resolución de Apelación le indicará:

- Los resultados del proceso de apelación; y
- La fecha en que el proceso de apelación fue completado.

Si su apelación se rechazó, en todo o en parte, entonces el Aviso de Resolución de Apelación también le dirá:

- Cómo pedir una Audiencia Estatal Justa;

* Equipos clínicos incluye, ambos, el equipo del niño y la familia y el equipo clínico para adultos.

- Cómo pedir que los servicios continúen durante el proceso de Audiencia Estatal Justa, si es aplicable;
- La razón por la que se rechazó su apelación y las bases legales para la decisión de rechazar su apelación; y
- Que quizás tenga que pagar por los servicios que reciba durante el proceso de Audiencia Estatal Justa si su apelación es rechazada en la Audiencia Estatal Justa.

¿Qué pasa si no estoy conforme con los resultados de la apelación?

Usted puede pedir una Audiencia Estatal Justa si no está conforme con los resultados de la apelación. Si su apelación fue acelerada, usted puede pedir una Audiencia Estatal Justa acelerada. **USTED TIENE DERECHO A TENER A UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN PARA QUE LE AYUDE EN LA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA.**

¿Cómo solicito una Audiencia Estatal Justa?

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal Justa por escrito dentro de los 30 días de recibir el Aviso de Resolución de Apelación. Esto incluye las peticiones tanto regulares como aceleradas de una Audiencia Estatal Justa. Las peticiones para una Audiencia Estatal Justa se deben enviar por correo a: [RBHA insert RBHA name and mailing address for State Fair hearing requests; TRBHAs insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007].

¿Cuál es el proceso para mi Audiencia Estatal Justa?

Usted recibirá un Aviso de Audiencia Estatal Justa por lo menos 30 días antes de la fecha programada para su audiencia. El Aviso de Audiencia Estatal Justa es un documento escrito que le dirá:

- La hora, lugar y naturaleza de la audiencia;
- La razón para la audiencia;
- La autoridad legal y jurisdiccional que solicita la audiencia; y
- Las leyes específicas que son relevantes a la audiencia.

¿Cómo se resuelve mi Audiencia Estatal Justa?

Para Audiencias Estatales Justas regulares, usted recibirá una Decisión del Director de AHCCCS por escrito dentro de un plazo que no excederá los 90 días desde la fecha en que su apelación se presentó originalmente. Este periodo de 90 días no incluye:

- Cualquier extensión de tiempo que usted haya solicitado y
- El número de días entre el recibo del Aviso de Resolución de la Apelación y la fecha en que usted sometió la petición de Audiencia Estatal Justa.

La Decisión del Director de AHCCCS le indicará el resultado de la Audiencia Estatal Justa y la decisión final sobre sus servicios.

Para Audiencias Estatales Justas aceleradas, usted recibirá una Decisión del Director de AHCCCS por escrito dentro de los 3 días hábiles después de la fecha que AHCCCS reciba su archivo del caso y la información de la apelación de la Autoridad Regional de Salud Mental o El Departamento de Servicios de Salud de Arizona/ División de Servicios de Salud Mental. AHCCCS también intentará llamarlo para avisarle sobre la Decisión del Director de AHCCCS.

[¿Continuarán mis servicios durante el proceso de Apelación/Audiencia Estatal Justa?](#)

Usted puede pedir que continúen los servicios que ya estaba recibiendo durante el proceso de apelación o el proceso de Audiencia Estatal Justa. Si quiere seguir recibiendo los mismos servicios, usted debe solicitar por escrito que continúen los servicios. Si el resultado de la apelación o la Audiencia Estatal Justa es que están de acuerdo con la acción, ya sea de cancelar o reducir sus servicios, quizá tenga que pagar los servicios que reciba durante la apelación o el proceso de Audiencia Estatal Justa.

[Apelaciones para personas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave](#)

Las personas que soliciten una determinación de una Enfermedad Mental Grave y las personas a quienes ya se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave pueden apelar el resultado de determinación de elegibilidad de Enfermedad Mental Grave.

Las personas a quienes se ha determinado con una Enfermedad Mental Grave, también pueden apelar las siguientes decisiones adversas:

- Elegibilidad inicial para servicios como SMI;
- Una decisión en relación con los precios o excepciones;
- Reporte de la evaluación, y servicios recomendados en el plan de servicios o el plan individual para tratamiento o el plan para dar de alta;
- La negación, reducción suspensión o terminación de cualquier servicio que sea cubierto financiado a través de fondos² para personas que no califican bajo los títulos XIX/XXI;
- Conclusiones del equipo clínico en relación con la competencia de la persona, capacidad de tomar decisiones, necesidad de tener un guardián asignado o cualquier otro servicio de protección o de necesidad de ayuda especial;
- Hay una decisión que hace que la persona ya no sea elegible para recibir servicios como SMI; y

² Las personas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave no pueden apelar una decisión para negar, suspender o terminar los servicios que ya no se encuentran disponibles debido a la reducción en los fondos estatales.

- Una determinación de PASRR ya sea en el contexto de evaluación para pre admisión o en la revisión anual de residente, la cual pueda afectar de manera adversa a la persona. .

¿Qué sucede después de que presente una apelación?

Si usted presenta una apelación, recibirá un aviso por escrito de que su apelación se recibió dentro de 5 días hábiles después de que **[RBHAs insert RBHA name; TRBHAs insert ADHS/DBHS']** lo reciba. Usted tendrá una conferencia informal con la Autoridad Regional De Salud Mental dentro de los siguientes 7 días después de presentar la apelación. La conferencia informal se debe planear a la hora y en el lugar conveniente para usted. Usted tiene derecho a tener a un representante designado que usted elija para que le ayude en la conferencia. Usted y cualquier otro participante recibirán por escrito la información sobre la hora y la ubicación de la conferencia por lo menos dos días antes. Si usted no puede venir a la conferencia en persona, puede participar en ella por medio del teléfono.

Para una apelación que necesita ser acelerada, usted recibirá un aviso por escrito de que su apelación se recibió dentro de 1 día hábil de que **[RBHAs insert RBHA name; TRBHAs insert ADHS/DBHS']** la reciba, y la conferencia informal se debe realizar dentro de 2 días hábiles de la presentación de la apelación.

Si la apelación se resuelve a su satisfacción en la conferencia informal, usted recibirá un aviso por escrito describiendo la razón de la apelación, los asuntos involucrados, la resolución que se logró y la fecha en que se implementará la resolución. Si no hay resolución de la apelación durante ésta conferencia informal, y si la apelación no se relaciona con su elegibilidad para servicios de salud mental, el siguiente paso es una segunda conferencia informal con ADHS/DBHS. Esta segunda conferencia informal se debe realizar dentro de los 15 días después de presentarse la apelación. Si se necesita acelerar la apelación, la segunda conferencia informal se debe realizar dentro de los 2 siguientes días hábiles después de presentar la apelación. Usted tiene el derecho de omitir la segunda conferencia informal.

Si la apelación no se resuelve durante la segunda conferencia informal, o si usted pidió que no se realizara la segunda conferencia informal, se le dará información sobre cómo obtener una Audiencia Administrativa. Las Apelaciones para determinaciones de elegibilidad de Enfermedades Mentales Graves se envían directamente al proceso de Audiencia Administrativa si no se resuelven en la primera conferencia informal y se saltan la segunda conferencia informal. La Oficina de Quejas y Apelaciones del ADHS/DBHS maneja las peticiones de Audiencias Administrativas.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

Si usted presenta una apelación continuará recibiendo los servicios que ya le estaban dando a menos que un profesional médico decida que es mejor para usted que se le reduzcan o se le suspendan los servicios o que usted dé su

consentimiento por escrito en reducir o suspender servicios. Usted no tendrá que pagar por los servicios que reciba durante el proceso de apelación o el proceso de Audiencia Administrativa.

Apelaciones para personas a quienes se les ha determinado que no padecen de ninguna Enfermedad Mental Grave y no son elegibles bajo los Títulos XIX/XXI

Si usted no es elegible para recibir servicios bajo los Títulos XIX/XXI de AHCCCS y se ha determinado que no padece de una Enfermedad Mental Grave, puede apelar las acciones o decisiones relacionadas sobre qué servicios de salud mental necesita y que están disponibles a través de [T/RBHA insert T/RBHA name here].

¿Que sucede después de que presente una apelación?

Como parte del proceso de apelación, usted tiene derecho de presentar evidencia que apoye su apelación. Usted puede presentar la evidencia ante el RBHA o ADHS/DBHS en persona o por escrito. Para prepararse para su apelación, puede examinar el archivo de su caso, expedientes médicos y otros expedientes y documentación que estén siendo considerados antes y durante el proceso de apelación siempre y cuando la revelación de esos documentos no esté protegida por la ley. Si quiere revisar estos documentos, llame a su proveedor o [T/RBHA insert T/RBHA name here]. La evidencia que presente ante la RBHA o ADHS/DBHS será considerada cuando se decida la resolución de la apelación.

¿Cómo se resuelve mi apelación?

La RBHA o ADHS/DBHS debe darle un Aviso de Resolución de Apelación en persona o por correo certificado dentro de 30 días de haber recibido su apelación. El Aviso de Resolución de Apelación es un documento escrito que le indica los resultados de su apelación.

El plazo dentro del cual el T/RBHA o proveedor le debe dar el Aviso de Resolución de Apelación se podría extender hasta por 14 días. Usted, [T/RBHA insert T/RBHA name here] o el proveedor puede pedir más tiempo para reunir más información. Si [T/RBHA insert T/RBHA name here] o el proveedor pide más tiempo, se le dará un aviso por escrito sobre la razón del retraso.

El Aviso de Resolución de Apelación le indicará:

- Los resultados del proceso de apelación; y
- La fecha en que el proceso de apelación fue completado.

Si su apelación se rechazó, completa o en parte, entonces el Aviso de Resolución de Apelación también le dirá:

- Cómo pedir una Audiencia Estatal Justa; y
- La razón por la cual su apelación fue negada y las bases legales para la decisión de negar su apelación.

¿Qué pasa si no estoy conforme con los resultados de mi apelación?

Usted puede pedir una Audiencia Estatal Justa si no está conforme con los resultados de una apelación.

¿Cómo solicito Audiencia Estatal Justa?

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal Justa por escrito dentro de 30 días después de recibir el Aviso de Resolución de Apelación. Las peticiones para una Audiencia Estatal Justa se deben enviar por correo a: [RBHA insert RBHA name and mailing address for State Fair Hearing requests; TRBHAs insert ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, 150 North 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007].

¿Cuál es el proceso para mi Audiencia Estatal Justa?

Usted recibirá un Aviso de Audiencia Estatal Justa por lo menos 30 días antes de que se planee su audiencia. El Aviso de Audiencia Estatal Justa es un documento escrito que le dirá:

- La hora, lugar y naturaleza de la audiencia;
- La razón para la audiencia;
- La autoridad legal y jurisdiccional que solicita la audiencia; y
- Las leyes específicas que son relevantes para la audiencia.

¿Cómo se resuelve mi Audiencia Estatal Justa?

Para una Audiencia Estatal Justa regular, usted recibirá una Decisión del Director de ADHS por escrito a no más tardar de 90 días después de que su apelación se presentó originalmente. Este período de 90 días no incluye:

- Cualquier extensión de tiempo que usted haya solicitado y;
- El número de días entre la fecha en la que usted recibió el Aviso de Resolución de Apelación hasta la fecha en que sometió la petición de Audiencia Estatal Justa.

La Decisión del Director del Departamento de Servicios de Salud (ADHS) le dirá el resultado de la Audiencia Estatal Justa y la decisión final sobre sus servicios.

¿Qué es una Queja/Petición de Investigación para personas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave y cómo puedo presentarla?

El proceso de Queja/Petición de Investigación se aplica solo a personas adultas a quienes se les ha determinado con una Enfermedad Mental Grave.

Usted puede presentar una Queja/Petición de Investigación si cree que:

- Sus derechos han sido violados;
- Ha sido objeto de abuso o maltrato por el personal de un proveedor; o
- Ha sido sometido a un ambiente de tratamiento peligroso, ilegal o inhumano.

Tiene 12 meses, a partir de la fecha en que sus derechos fueron violados, para presentar una Queja/Petición de Investigación. Usted puede presentar una Queja/Petición de Investigación oralmente o por escrito. Los formularios para una Queja/Petición de Investigación están disponibles en [T/RBHA insert T/RBHA name here] y con los proveedores de servicios de salud mental. Usted puede pedir al personal que le ayude a llenar su formulario de queja. Para presentar su Queja/Petición de Investigación en forma oral o por escrito puede llamar a:

[RBHAs insert address and toll-free/local numbers (for oral Grievances) here. Tribal RBHAs will use the following information: Oficina de Quejas y Apelaciones de ADHS/DBHS, 150 North 18th Avenue, Suite 210, Phoenix, Arizona 85007, 1-800-421-2124 o 602-364-4575. Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Servicio Relay de Arizona/Arizona Relay Service al 711 o al 1-800-367-8939 si necesita ayuda para comunicarse con la División de Servicios de Salud Mental..]

[RBHAs insert the following: Cualquier queja relacionada con abuso físico, abuso sexual o el fallecimiento de una persona debe ser reportada a ADHS/DBHS. Para reportar formalmente una queja relacionada con abuso físico, abuso sexual o el fallecimiento de una persona, informe a la Oficina de Quejas y Apelaciones de ADHS/DBHS, 150 North 18th Avenue, Suite 210, Phoenix, Arizona 85007, 1-800-421-2124 o al 602-364-4575. Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Servicio Relay de Arizona/Arizona Relay Service al 711 o al 1-800-367-8939 si necesita ayuda para comunicarse con la División de Servicios de Salud Mental.]

ADHS/DBHS o (T/RBHA insert T/RBHA name here] le enviará una carta dentro de los siguientes 5 días a partir del recibo de su formulario de Queja/Petición de Investigación. Esta carta le dirá cómo se manejará su Queja/Petición de Investigación.

Si hubiera una investigación, la carta le dirá el nombre del investigador. El investigador se pondrá en contacto con usted para saber más sobre su Queja/Petición de Investigación. Luego el investigador se pondrá en contacto con

la persona que usted cree que es responsable de la violación de sus derechos. El investigador también reunirá cualquier otra información que se necesite para determinar si sus derechos fueron violados.

Dentro de los 35 días a partir de que un investigador haya sido asignado para investigar el caso y a menos de que se haya solicitado una extensión, usted recibirá por escrito una decisión sobre los resultados, conclusiones y recomendaciones de la investigación. También se le indicará su derecho de apelar si usted no está de acuerdo con las conclusiones de la investigación.

Si usted presenta una Queja/Petición de Investigación, la calidad de su cuidado no se verá alterada.

¿Qué es fraude y abuso?

Los miembros necesitan usar los servicios de salud mental de forma apropiada. Se considera fraude si un miembro o proveedor es deshonesto al:

- Obtener un servicio que no está aprobado para el miembro; o
- Obtener beneficios de AHCCCS para los que no son elegibles.

El abuso sucede si un miembro causa costos innecesarios al sistema a propósito, por ejemplo:

- Prestar una tarjeta de AHCCCS o la información que aparece en ella a alguien más; o
- Vender una tarjeta de AHCCCS o la información que aparece en ella a alguien más.

El mal uso de su tarjeta de identificación de AHCCCS, incluyendo prestarla, venderla o dársela a otros, podría dar como resultado la pérdida de su elegibilidad para AHCCCS. Fraude y abuso son delitos mayores criminales y son castigados por medio de acción legal contra el miembro o el proveedor.

Si cree que alguien está cometiendo fraude o abuso, llame a:

- **[T/RBHA enter name and number to call to report fraud or abuse, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)]**
- La Línea del fraude y abuso de ADHS/DBHS al 602-364-3758 o 1-866-569-4927. Personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Servicio Relay de Arizona/Arizona Relay Service al 711 o al 1-800-367-8939 si necesita ayuda para comunicarse con la División de Servicios de Salud Mental;
- La línea de fraude para miembros de AHCCCS al 602-417-4193 o 1-888-487-6686;
- La línea de fraude para proveedores de AHCCCS al 602-417-4045 o 1-888-487-6686.

¿Qué es una instrucción anticipada de cuidados médicos?

Usted tiene el derecho de hacer una instrucción anticipada de cuidados médicos. Una instrucción anticipada de cuidados médicos describe los deseos de una persona sobre el tipo de cuidado que quiere o no quiere recibir cuando la persona no pueda hacer sus propias decisiones por causa de la enfermedad que padece.

- Una instrucción anticipada de cuidados médicos indica al médico los deseos de la persona si el paciente no puede declarar sus deseos debido a un problema médico.
- Una instrucción anticipada de cuidados de salud mental indica al proveedor de salud mental los deseos de la persona si el paciente no puede declarar sus deseos debido a una enfermedad mental.

Un tipo de instrucción anticipada de cuidados de enfermedad mental es el Poder Legal para el Cuidado de Salud Mental, que otorga a una persona adulta el derecho de nombrar a otra persona adulta para que tome las decisiones sobre el tratamiento de la salud mental en su representación.

- La persona nombrada, el designado, puede tomar decisiones en nombre de la persona adulta si ésta ya no está capacitada para tomar dichas decisiones.
- Sin embargo, el designado no debe ser un proveedor que esté directamente relacionado con el tratamiento de salud mental de la persona adulta al momento en que se firme el Poder Legal para el Cuidado de Salud Mental.
- El designado puede actuar como tal hasta que sus facultades otorgadas sean revocadas por la persona adulta o por una orden judicial.
- El designado tiene el mismo derecho que la persona adulta de obtener información o revisar los expedientes médicos de la persona acerca del tratamiento de salud mental propuesto y el de otorgar el consentimiento para que se compartan los expedientes médicos.
- El designado debe respetar los deseos de la persona adulta tal como se detallan en el Poder Legal para Atención de Salud Mental. Sin embargo, si los deseos de la persona adulta no se han indicado en el Poder Legal para Atención de Salud Mental y el designado los desconoce, dicho designado debe actuar de buena fe y autorizar el tratamiento que a su entender, sea el que más le conviene a la persona adulta. El designado puede prestar su consentimiento para que la persona sea admitida en una institución de salud mental de nivel uno, autorizada por el Departamento de Servicios de Salud,,siempre y cuando ésta autoridad se establezca en el Poder Legal para Atención de Salud Mental.

En situaciones limitadas, algunos proveedores podrían rehusarse a acatar una instrucción anticipada de cuidados médicos por razones de conciencia. Si su proveedor de salud mental no se atiende a la instrucción anticipada de cuidados

médicos por motivos de conciencia, el proveedor debe presentarle políticas por escrito que:

- Indiquen las objeciones de conciencia de la institución y las de cada uno de los médicos;
- Identifiquen la ley que permite esas objeciones; y
- Describan las afecciones o procedimientos afectados por esas objeciones de conciencia.

[T/RBHA, insert contact information at the T/RBHA for members to find out whether or not any providers in the T/RBHA network do not uphold aspects of advance directives as a matter of conscience, including specialty phone lines for the hearing impaired (TTY)].

Su proveedor no puede discriminarlo por su decisión de preparar o no preparar una instrucción anticipada de cuidados médicos.

Informe a su familia y a los proveedores si usted ha hecho una instrucción anticipada de cuidados médicos. Entregue copias de la instrucción anticipada a:

- Todos los proveedores que le brindan cuidado incluso a su Proveedor de Cuidado Primaria/Primary Care Provider (PCP);
- La gente que ha nombrado en su Poder Legal para el cuidado de Salud Mental o Médica; y
- Familiares o amigos de confianza que puedan ayudar a sus médicos y proveedores de salud mental a tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo.

Llame a los Servicios para Miembros de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** para preguntar más sobre la instrucción anticipada de cuidados médicos o pedir ayuda para hacer una.

¿Cuál es la Visión de Arizona con respecto a la prestación de servicios de salud mental?

Todos los servicios de salud mental se prestan de acuerdo con los principios del sistema de ADHS/DBHS. ADHS/DBHS apoya un sistema de prestación de servicios de salud mental que incluye:

- Acceso fácil al tratamiento;
- Participación del paciente de salud mental y de miembros de la familia;
- Colaboración con la Comunidad en General;
- Innovación Efectiva;
- Expectativa de Mejoría; y
- Competencia Cultural.

Los doce principios para la prestación de servicios a los niños son:

- Colaboración con el niño y la familia;
- Resultados funcionales – Los servicios de salud mental están diseñados para ayudar a los niños a que tengan éxito en la escuela, que vivan con sus familias, que eviten actos criminales, y se conviertan en adultos estables y productivos;
- Colaboración con los demás;
- Servicios accesibles;
- Mejores prácticas;
- Un entorno más apropiado;
- Atención oportuna;
- Servicios a la medida del niño y la familia;
- Estabilidad;
- Respeto a la herencia cultural del niño y la familia;
- Independencia; y
- Conexión con los apoyos naturales;

Los Principios Guía Orientados Hacia La Recuperación Para la Prestación de Servicios de Salud Mental y Los Sistemas para Adultos Son:

1. Respeto

El respeto es la piedra angular. Conocer a la persona como es sin juzgar y con gran paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación escogen servicios y están incluidos en las decisiones de los programas y en los esfuerzos de desarrollo de los programas.

Una persona en recuperación tiene voz y voto. Su auto determinación en cuanto al manejo de sus servicios, las decisiones de los programas y el desarrollo de los mismos, es posible en parte, por las constantes dinámicas de educación, discusión, y evaluación, creando así un consumidor informado” y la más amplia gama de opciones para tomar decisiones. Las personas en recuperación deberían estar involucradas en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la entrega del servicio.

3. Enfoque en el individuo como una persona, mientras que se incluyen y/o desarrollan los apoyos naturales.

Una persona en recuperación es vista como un ser completo: capaz, competente, y respetado por sus opiniones y elecciones. Como tal, el enfoque es dado hacia empoderamiento de la mayor autonomía posible y el más natural y bien rodeado estilo de vida. Esto incluye el acceso a y la participación de los apoyos naturales y los sistemas sociales a los que está acostumbrado el individuo en su comunidad social;

4. Empoderar a las personas para que tomen los pasos hacia la independencia y permitiendo el tomar riesgos sin temor al fracaso.

Una persona en recuperación, encuentra la independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, reflexión y acción. Se mantiene un ambiente a través del cual los pasos hacia la independencia se animan

y se reafirman en un entorno donde la seguridad y riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.

5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que la persona elija.

Una persona en recuperación es un valioso miembro que contribuye a la sociedad, y como tal, es merecedor y beneficia a la comunidad. Dicha integración y participación resalta el rol de uno como parte vital de la comunidad, la comunidad dinámica siendo inextricable desde la experiencia humana. El servicio comunitario y el voluntariado son valiosos.

6. Asociaciones entre personas, el personal y los miembros de la familia/sopores naturales para una toma de decisiones compartida con base en la confianza.

Una persona en recuperación, como cualquier otro miembro de la sociedad, encuentra su fuerza y apoyo a través de asociaciones.

Fundamentado en la compasión y las alianzas y con un enfoque en la optimización de la recuperación, reafirmando la auto estima, expandiendo el entendimiento de todos los participantes y que lleva a la creación de protocolos y resultados óptimos.

7. Las personas en recuperación definen su propio éxito.

Una persona en recuperación, por su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados de vida, lo cual incluye una mejoría de la sensación de bienestar, integración avanzada dentro de la comunidad, y una auto determinación más grande. Las personas en recuperación son los expertos en sí mismos, definiendo sus propias metas y resultados deseados.

8. Fortaleza enfocada, flexible, servicios receptivos que reflejan las preferencias culturales de la persona.

Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, a tiempo, y receptivos, que sean accesibles disponibles, confiables, responsables, y sensitivos de sus valores culturales y costumbres. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y el sobreponerse a los retos del tratamiento. Aquellos que sirven como apoyo y facilitadores, identifican, exploran, y sirven para optimizar las fortalezas demostradas en la persona, como herramientas para general una mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. La esperanza es la base para el viaje hacia la recuperación.

Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y encaja más en el tipo de asociaciones que acogen la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el ambiente para no comunes y no esperados resultados positivos que se hagan realidad. Una persona en recuperación tiene potencial y posibilidades ilimitadas.

Términos

Acción es la negación o la aprobación limitada de una servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio, una reducción, interrupción o terminación de servicios que la persona ha estado recibiendo, la negación en todo o en parte del pago por un servicio, el incumplimiento al proveer servicios en una manera oportuna, el incumplimiento para actuar dentro de los tiempos establecidos para resolver una apelación o queja y proveer notificación a las partes afectadas, y la negación del Título XIX/XXI para personas elegibles que solicitan la obtención de servicios cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

Acupuntura Auricular la realiza un acupunturista certificado, que aplica agujas de acupuntura auricular para tratar el alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia a sustancias químicas.

Aislamiento es el confinamiento involuntario de un beneficiario de los servicios de salud mental, en un cuarto o área de la cual no pueda salir.

Apelación es un pedido formal para que se revise una acción o una decisión referida a su servicio de salud mental, que usted puede presentar si no está conforme con una acción, o decisión adversa de un proveedor de **[T/RBHA insert T/RBHA name here]** o en el caso de personas a quienes se les ha determinado que padecen de una Enfermedad Mental Grave.

Apelación acelerada es una apelación que se procesa más pronto que una apelación normal para no poner en peligro la vida, salud o habilidad de lograr, mantener o recuperar el funcionamiento de una persona.

Aprobación de servicios es el proceso que se usa para cuando ciertos servicios que no son de emergencia tienen que ser aprobados antes de obtenerlos.

Autoridad Regional de Salud Mental (RBHA) es la agencia contratada con ADHS para prestar o coordinar servicios de salud mental para personas elegibles dentro de un área geográfica específica.

Autoridad Tribal Regional de Salud Mental (TRBHA) es una tribu Indígena Nativia Americana bajo Contrato con ADHS para prestar o coordinar servicios de salud mental para personas elegibles que son residentes de la Nación Tribal reconocida a nivel Federal.

Aviso de Acción es el aviso que usted recibe sobre una futura acción o decisión adversa hecha por la T/RBHA o un proveedor referente a servicios.

Consentimiento para tratamiento es dar su permiso para obtener servicios.

Departamento de Servicios de Salud de Arizona/División de Servicios de Salud Mental (ADHS / DBHS) es la agencia estatal que supervisa el uso de fondos federales y del estado para proporcionar servicios de salud mental.

Condición de Emergencia Médica es una condición médica que se auto manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor extremo) de tal forma que una persona prudente y con conocimientos básicos de salud y medicina, podría razonablemente esperar ante la ausencia de atención médica inmediata que: a) La salud del paciente (o con respecto de una mujer embarazada, la salud de la madre o del niño por nacer) estaría en peligro; b) Puede haber una incapacidad grave de las funciones del cuerpo o c) Puede haber una disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.

Enfermedad Mental Grave / Serious Mental Illness (SMI) es una condición aplicable a personas que tienen 18 años de edad o mayores y quienes, como resultado de un trastorno mental como se define en el A.R.S. § 36-501, presentan en su funcionamiento emocional o del comportamiento un deterioro que interfiere sustancialmente con su capacidad de permanecer en la comunidad sin un tratamiento de apoyo o servicios entre larga o indefinida duración. En estas personas la discapacidad mental es severa y persistente, dando como resultado una limitación a largo plazo de sus capacidades funcionales para desarrollar actividades primarias de la vida diaria tales como, relaciones interpersonales, el cuidado del hogar y la familia, el cuidado de si mismo, el empleo y la recreación.

Equipo Clínico es un equipo conformado por individuos cuya función principal es la de desarrollar un plan de servicios o de tratamiento integral y unificado, para la persona inscrita. El equipo puede incluir la persona inscrita, miembros de la familia de la persona inscrita, proveedores de servicios sociales o de salud física y mental, incluyendo profesionales que representen disciplinas relacionadas con las necesidades de la persona, también pueden participar en el equipo otras personas que no sean proveedores de salud física, mental o de servicios sociales identificados por la persona o la familia. Los equipos clínicos incluyen los equipos del niño y la familia y los equipos clínicos para adultos.

Establecimiento tribal 638 es un establecimiento que es propiedad y es administrado por una Tribu Nativo Americana autorizada para proveer servicios en acuerdo con la Ley Pública 93-638, atendiendo a su modificación.

Inscrito es el proceso para ser elegible para recibir servicios públicos de salud mental.

Instrucción anticipada de cuidados médicos es una instrucción por escrito de sus deseos sobre el tipo de cuidado que quiere o que no quiere.

Miembro es una persona inscrita con una T/RBHA para obtener servicios de salud mental.

Participación en los costos se refiere a la responsabilidad de la RBHA por los pagos de primas aplicables, deducibles y copagos.

Poder de Representación Legal es una declaración donde se nombra a una persona que usted escoge para que tome decisiones sobre cuidado de salud o salud mental por usted, si usted no lo puede hacer.

Proveedor de Salud Mental es a quién usted escoge para obtener servicios de salud mental. Puede incluir médicos, consejeros, otros profesionales/técnicos de salud mental y centros de tratamiento de salud mental.

Queja/Pedido de investigación es para personas a quienes se les ha determinado que padecen de una Enfermedad Mental Grave cuando sienten que sus derechos han sido violados.

Reclamación es la expresión de insatisfacción con algún aspecto de su cuidado que es una acción que no se puede apelar.

Red de Proveedores es un grupo de proveedores que tiene un contrato con la T/RBHA para proporcionar servicios de salud mental. Algunos condados pueden tener un número limitado de proveedores en su red de proveedores de donde escoger.

Remisión es el proceso (petición oral, escrita, por fax o por medio electrónico) por el cual su proveedor lo “enviará” con un proveedor para recibir cuidado especializado.

Restricción/detención puede ser personal, mecánica o cuando se usan medicamentos para restringir a una persona. Restricción personal es cuando se usa fuerza física sin que haya el uso de ningún dispositivo, con el propósito de restringir los movimientos físicos libres de la persona beneficiaria de los servicios de salud mental. Restricción mecánica es cualquier dispositivo, artículo o prenda adjunta o adyacente al cuerpo de la persona beneficiaria de los servicios de salud mental, que no se pueda remover fácilmente y que restringe la libertad de movimientos de la persona o uso normal de su cuerpo.

Medicamentos usados como restricción, es una restricción farmacológica, que no es un tratamiento estándar para la condición médica o condición mental de una persona beneficiaria de servicios de salud mental, y son administrados para manejar el comportamiento de la persona beneficiaria de servicios de salud mental de tal manera que reduce el riesgo para la persona o para otros o que restringe temporalmente la libertad de movimiento del beneficiario de servicios de salud mental.

Servicio de Prioritzación es el proceso por el cual las T/RBHAs deben determinar cómo se usan los fondos estatales disponibles.

Servicios de tratamientos curativos tradicionales o alternativos son aquellos brindados en casos de problemas de abuso de sustancias o salud mental por personas que están calificadas para prestar servicios de curación o sanación, también conocida como medicina tradicional. Estos servicios incluyen el uso de métodos rutinarios o técnicas avanzadas, con el propósito de aliviar la angustia emocional que puede evidenciarse cuando una persona sufre trastornos en su capacidad funcional.

Servicios de Salud Indígena/Indian Health Service (IHS) es la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que es responsable por la entrega de la salud pública y los servicios médicos a los Indígenas americanos y nativos de Alaska a lo largo del país. El gobierno federal tiene la obligación directa y permanente de proveer servicios de salud a la mayoría de los indígenas americanos de acuerdo con los tratados suscritos con los gobiernos tribales.

Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona/Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) es la agencia del estado que supervisa el Título XIX (Medicaid), Título XXI (KidsCare) y los Programas de Servicios de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS).

El Título XIX (Medicaid; también se le puede llamar AHCCCS) es un seguro de salud médico, dental y de salud mental para personas, niños y familias de escasos recursos.

El Título XXI (KidsCare; también se le puede llamar AHCCCS) es un seguro de salud médico, dental y de salud mental para niños menores de 19 años de edad de escasos recursos, que carecen de seguro y no son elegibles para el Título XIX (Medicaid)